

ANNEE 1979 N°

8 - 437

TITRE DE LA THESE

ANALYSE DE 39 CAS DE TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE VESSIE

RESULTATS DE LA CYSTECTOMIE RADICALE

THESE

présentée à l'Université Claude Bernard - Lyon 1

U. E. R. Faculté de Médecine Alexis Carrel

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1979

pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

Nom et Prénom : CHARROIN Pierre

Né le : 23 Février 1947 à FIRMINY (Loire)

Docteur Pierre CHARROIN

Ancien interne des hôpitaux de Lyon

ANALYSE DE TRENTE NEUF CAS DE TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

DE VESSIE

RESULTATS DE LA CYSTECTOMIE RADICALE

(rétablissement de la continuité urinaire par "Bricker")

Travail du service d'urologie . Hôpital de l'Antiquaille

Professeur L.DURAND

Docteur P.PERRIN

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie



Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

Revue de la psychologie

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ - PROFESSEUR GERMAIN D.

PREMIER VICE-PRÉSIDENT - PROFESSEUR ELBAZ E.

=====

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL - M. RAMBAUD J.

=====

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - PROFESSEUR R. MORNEX

GRANGE BLANCHE - PROFESSEUR SALLE B.

LYON NORD - DOCTEUR NEIDHARDT J. P. (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

SUD OUEST - PROFESSEUR NORMAND J.

=====

BIOLOGIE HUMAINE - DOCTEUR REVILLARD J. P. (MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ)

TECHNIQUES DE READAPTATION - PROFESSEUR MORGON A.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - PROFESSEUR BIZOLLON C. A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - PROFESSEUR VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON A.

MATHEMATIQUES - PROFESSEUR COMBET E.

PHYSIQUE - PROFESSEUR DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - PROFESSEUR HUET J.

SCIENCES DE LA NATURE - PROFESSEUR GINET R.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - MLE LE PROFESSEUR WORBE JEANNE-FRANÇOISE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 - PROFESSEUR VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 - PROFESSEUR GALLET DIRECTEUR ENSAM

OBSERVATOIRE - M. MONNET GUY - ASTRONOME ADJOINT

PHYSIQUE NUCLEAIRE - PROFESSEUR GUSAKOW M.

U. E. R. DE MECANIQUE - PROFESSEUR COMTE-BELLOT GENEVIÈVE

=====

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE LA FACULTE ALEXIS CARREL

1ER CYCLE :

ANATOMIE - M. LE PROFESSEUR BOUCHET ALAIN

HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGÉNÉTIQUE-BIOLOGIE - M. LE PROFESSEUR GIROD CHRIS

CHIMIE-BIOCHIMIE STRUCTURALE - M. LE DOCTEUR NOFRE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AG

BIOCHIMIE MÉDICALE - M. LE PROFESSEUR REBOUD J. P.

MATHÉMATIQUES-STATISTIQUES - M. LE PROFESSEUR SITE JEAN

PHYSIOLOGIE - M. LE DOCTEUR PELLET MICHEL, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR SCHMITT MICHEL, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE - M. LE PROFESSEUR BERGER MICHEL

PSYCHOLOGIE MÉDICALE - M. LE PROFESSEUR GUYOTAT JEAN

SCIENCES SOCIALES ET ECONOMIE MÉDICALE - M. LE PROFESSEUR ROCHE LOUIS

2ÈME CYCLE :

ANATOMIE PATHOLOGIQUE - M. LE PROFESSEUR TOMMASI MICHEL

M. LE DOCTEUR LOIRE ROBERT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AG.

BACTÉRIOLOGIE - M. LE PROFESSEUR FLEURETTE JEAN

CARDIOLOGIE - M. LE PROFESSEUR GONIN ANDRÉ - M. LE PROFESSEUR DELAHAYE J.

CHIRURGIE CARDIAQUE -

CHIRURGIE DIGESTIVE - M. LE PROFESSEUR MAILLET PAUL

CHIRURGIE INFANTILE - M. LE DOCTEUR DAUDET, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

CHIRURGIE OSSEUSE-ORTHOPÉDIQUE - M. LE PROFESSEUR DE MOURGUES GEORGES

M. LE DOCTEUR COMTET J. JACQUES

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

DERMATOLOGIE - M. LE DOCTEUR PERROT HENRI, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION - M. LE DOCTEUR BERTHEZENE FRANÇOIS,

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

GASTRO-ENTÉROLOGIE - M. LE DOCTEUR DESCOS LOUIS, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGR

GÉNÉTIQUE GÉNÉRALE - M. LE PROFESSEUR HERMIER MICHEL

GYNÉCOLOGIE - M. LE PROFESSEUR ROCHET YVES

M. LE DOCTEUR BREMOND ALAIN, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

HYGIÈNE - M. LE DOCTEUR MONIER J. CLAUDE MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

MALADIES INFECTIEUSES - M. GIROUD MAURICE, PROFESSEUR AGRÉGÉ DU VAL DE GRÂC

MALADIES DU SANG - M. LE PROFESSEUR REVOL LOUIS

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE - M. LE PROFESSEUR MORNEX RENÉ

MÉDECINE LÉGALE - M. LE PROFESSEUR ROCHE LOUIS

MÉDECINE DU TRAVAIL - M. LE PROFESSEUR BOURRET JACQUES

NÉPHROLOGIE - M. LE PROFESSEUR FRANCOIS BERNARD

NEURO-CHIRURGIE - M. LE DOCTEUR FISCHER GEORGES, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR DERUTY ROBERT, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

NEUROLOGIE - M. LE PROFESSEUR DEVIC MICHEL

M. LE DOCTEUR TROUILLAS PAUL, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

OBSTÉTRIQUE - M. LE PROFESSEUR GARMIER RENÉ

OPHTALMOLOGIE - M. LE PROFESSEUR PAUPERT-RAVAULT MAURICE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - M. LE PROFESSEUR MARTIN HENRI

PARASITOLOGIE - MLE LE DOCTEUR BATTESTI MARIE-ROSE, CHEF DE TRAVAUX

PÉDIATRIE - M. LE PROFESSEUR FRANCOIS RENÉ

PHARMACOLOGIE - M. LE DOCTEUR EVREUX J. CLAUDE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PNEUMO-PHTISIOLOGIE - M. LE PROFESSEUR TOURAINE ROSER

M. LE DOCTEUR BERNARD J. PIERRE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

PSYCHOLOGIE - M. LE PROFESSEUR GUYOTAT JEAN

M. LE DOCTEUR MARIE-CARDINE MICHEL, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

RADIOLOGIE - M. LE DOCTEUR BUFFARD PIERRE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR CHOLLAT LOUIS, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

RHUMATOLOGIE - M. LE PROFESSEUR MEUNIER PIERRE

SÉMÉIOLOGIE CHIRURGICALE - M. LE DOCTEUR VIGNAL JACQUES, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

SÉMÉIOLOGIE MÉDICALE - M. LE PROFESSEUR VIALA J. JACQUES

STOMATOLOGIE - M. LE PROFESSEUR DUMAS PIERRE

THÉRAPEUTIQUE, RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE -

M. LE DOCTEUR EYSSETTE MICHEL, MAÎTRE DE CONF. AGRÉGÉ

TRAUMATOLOGIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE - M. LE DOCTEUR SPAY GEORGES, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

M. LE DOCTEUR TISSOT ETIENNE, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

URGENCE-RÉANIMATION - M. LE PROFESSEUR DELEUZE RAYMOND

MME LE DOCTEUR ESTANOVE SUZANNE, MAÎTRE DE CONF. AGRÉGÉ

UROLOGIE - M. LE DOCTEUR PERRIN PAUL

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ONT
COLLABORE A CE TRAVAIL
AVEC UN REMERCIEMENT
PARTICULIER AU DOCTEUR
HAMMOU OUKHEIRA POUR
SON AIDE PRECIEUSE.

A N O T R E M A I T R E

Monsieur le Professeur Louis DURAND

Ses capacités d'enseignant et d'opérateur nous ont fait apprécier l'urologie ; ses qualités humaines ainsi que son gout de la perfection nous ont fait aimer son service.

Nous sommes fier d'être son élève et espérons ne pas avoir trahi sa confiance dans ce travail qu'il nous a confié.

Qu'il trouve ici la marque de notre sincère admiration et le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant de bien vouloir juger ce travail.

A N O T R E M A I T R E E T P R E S I D E N T D E T H E S E

Monsieur le Professeur Georges BRAILLON

Nous gardons un souvenir inoubliable d'un semestre passé dans son Service au cours duquel nous avons été marqué par la rigueur de ses indications et la précision de son geste chirurgical.

Il nous fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

A N O S J U G E S

Monsieur le Professeur Agrégé P. BERARD

Sa perfection chirurgicale et son amour
inlassable du travail sont pour nous un
exemple.

Nous le remercions de bien vouloir juger
ce travail et le prions d'accepter ici le
témoignage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Agrégé Paul PERRIN

Sa recherche de solutions d'avenir et son
expérience urologique ont forcés notre
admiration.

Il a consacré de longs moments à diriger
notre travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
sincère amitié.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur E. SAUBIER
Monsieur le Professeur A. GONIN
Monsieur le Professeur J. FRANCILLON
Monsieur le Professeur Agrégé J. VIGNAL
Monsieur le Professeur R. TOURAINE
Monsieur le Professeur R. MORNEX
Monsieur le Professeur M. DEVIC
Monsieur le Professeur Agrégé G. AIMARD

Internat

Monsieur le Professeur R. GARMIER
Monsieur le Professeur G. E. ALLEGRE
Monsieur le Professeur Agrégé A. GOUTELLE
Monsieur le Professeur M. LATARJET
Monsieur 1^{er} Professeur G. BRAILLON
Monsieur le Professeur H. LIARAS
Monsieur le Professeur Agrégé J. P. NEIDHARDT
Monsieur le Professeur J. SOUSTELLE
Monsieur le Professeur G. GUILLEMIN
Monsieur le Professeur Agrégé PH. BERARD
Monsieur le Professeur L. DURAND

P L A N

ANALYSE DE TRENTE NEUF CAS DE TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES
DE VESSIE.

RESULTATS DE LA CYSTECTOMIE RADICALE.

I - INTRODUCTION

I A - La gravité

IAa) - De l'affection

IAb) - Du geste chirurgical

IAc) - Psychologie

I B - Les limites du sujet

I C - Anatomie pathologie

II - LE MATERIEL D'ETUDE

II A - Les observations

II B - L'analyse

IIBa) - age et sexe

IIBb) - Conditions de la cystectomie

IIBc) - Les délais

III - LES RESULTATS

III A - La mortalité

III Aa) - Mortalité opératoire

III Ab) - Mortalité éloignée

III Ac) - Survie

III B - Les complications

III Ba) - Complications per-opératoires

III Bb) - Complications opératoires précoces

III Bc) - Complications tardives

IV - COMMENTAIRES

IV A - Sur la démarche diagnostique

IV B - Sur la démarche thérapeutique

IVBa) - Sur la radiothérapie

IVBb) - Sur la technique chirurgicale

V - CONCLUSIONS

Ces trente neuf cas de tumeurs malignes primitives de vessie ont toutes été traitées dans le service d'urologie du Docteur LOUIS DURAND entre 1973 et 1979 ; par une cystectomie totale terminée par une urétérostomie cutanée transiléale selon la technique de " BRICKER" .

INTRODUCTION

I - INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier l'évolution de trente neuf cas de tumeurs malignes et primitives de vessies, traitées par cystectomie totale "BRICKER" ; et aux vues de l'évolution de ces malades, nous tenterons de dégager une conduite à tenir moderne, qui résulte de l'évolution des moyens de diagnostic, de l'évolution de la technique chirurgicale, et de l'apport de procédés adjuvants, chimiques ou radiothérapiques.

I A - LA GRAVITE

Il faut insister sur la gravité de cette maladie, gravité qui est à la fois liée à l'affection elle-même, à la lourdeur du geste chirurgical et au retentissement psychologique de la stomie urinaire.

I Aa - Gravité de l'affection

Le cancer de vessie est une tumeur évolutive, tant sur le plan local que dans l'apparition de métastases ganglionnaires ou organiques.

Comme nous le verrons ultérieurement, le retard thérapeutique est un facteur important sur les résultats actuels du traitement de ces tumeurs.

Par ailleurs, ces tumeurs de vessie, se révèlent pour la plupart des cas, par des hématuries, le plus souvent récidivantes, survenant sur un terrain déjà fragilisé et laissant donc ces malades, dans un état précaire, d'autant que peuvent s'ajouter des signes vésicaux, tels que brûlures et pollakiurie ; qui vont concourir à aggraver encore l'état général de ces malades.

I Ab - Gravité du geste opératoire

Il s'agit en effet, d'une intervention chirurgicale majeure (la plus côtée par la Sécurité Sociale : K 300) dont la durée moyenne, entre des mains entraînées, est de cinq heures, trente minutes, et qui va nécessiter de nombreux décollements, et de nombreuses manipulations intra-abdominales.

Par ailleurs, cette chirurgie s'attaque à la fois, à la sphère urinaire et digestive, multipliant ainsi le risque de complications.

L'allongement notable du temps d'intervention en terminant par une urétérostomie cutanée transiléale a longtemps fait préférer d'autres modes de dérivation urinaire :

- Urétérostomie cutanée bilatérale,
- Implantation urétéro-sigmoïdienne des uretères selon la technique de "GOODWIN" (41 - 28)

I A - Gravité psychologique

Cette intervention se termine par une stomie urinaire, ce qui représente un lourd handicap psychologique pour ces malades.

L'acceptation de cette dérivation urinaire par le malade, ne se fait d'ailleurs, qu'après de nombreux jours d'une préparation psychologique, dans laquelle nous incluons, lorsque cela est possible, la participation d'un ancien iléostomisé et en sollicitant une aide importante des Membres de l'I.A.S. (Association d'Information et d'Aide aux Stomisés) dont le siège social est à l'HOTEL DIEU à LYON.

Il est à noter qu'il s'agit de la première association Française de ce type, créée à l'initiative du Professeur GUILLEMIN, la première association mondiale de ce type ayant été créée à l'instigation de huit femmes aux MOUNT SINAI HOSPITAL à NEW-YORK (30)

Cet exemple a été répandu dans le monde par R. B. TURNBULL et N.N. GILL.

Il est à noter dès maintenant que cette stomie sera d'autant mieux acceptée par le malade, qu'elle aura été parfaitement réalisée et que les inconvénients à son niveau seront insignifiants.

I B - LIMITES DU SUJET

Nous excluons de cette étude toutes les tumeurs de vessie ayant bénéficiées d'autres modalités thérapeutiques :

- Exérèse endoscopique,
- Cystectomie partielle ou radiothérapie isolée.

Nous excluons également les cystectomies totales n'ayant pas été terminées par une urétérostomie cutanée transiérale :

- Urétérostomie cutanée bilatérale,
- Urétérosigmoïdostomie.

Par contre, nous retiendrons les malades ayant présenté une tumeur de vessie, traitée par une autre méthode ; mais dont les complications liées à cette méthode ou la continuation de l'évolution tumorale ont fait pratiquer secondairement la cystectomie ou le " BRICKER ", ou les deux.

I C - ANATOMIE PATHOLOGIE

A l'occasion de cette étude sur les tumeurs malignes de vessie, nous rappelons ici, la classification internationale : (42)

I Ca - Les tumeurs épithéliales

Classées en quatre groupes, selon le type cellulaire proliférant:

- Carcinome à cellules transitionnelles,
- Carcinome épidermoïde,
- Adénocarcinome,
- Carcinome indifférentié.

En fonction du degré d'anaplasie cellulaire, ces tumeurs épithéliales sont classées en grades: 0 - I - II - III (O.M.S)

I - II - III - IV (BRODERS(7)

Les grades de nos observations sont donnés selon la classification de BRODERS.

En fonction de l'envahissement pariétal, ces tumeurs sont classées en stade pathologiques, JEWETT MARSCHALL (21)

- Le stade 0 (carcinome in situ).
- Le stade A (envahissement muqueux pur).
- Le stade B1 (envahissement de la couche musculaire superficielle).
- Le stade B2 (envahissement de la couche musculaire profonde).
- Le stade C (envahissement séreux ou péri-vésical).
- Le stade D1 (envahissement des ganglions locaux).
- Le stade D2 (envahissement des ganglions à distance et présence de métastases).

D'autre part, il est important de connaître le mode de croissance de ces tumeurs :

- Tumeurs papillaires qui s'extériorisent de la lumière vésicale.
- Tumeurs infiltrantes qui se développent dans la paroi de la vessie.
- Tumeurs papillaires et infiltrantes qui manifestent les deux comportements.
- Tumeurs non papillaires et non infiltrantes, qui se cantonnent à la surface, c'est à dire "in situ".

I Cb - Les tumeurs non épithéliales

- Le rhabdomyosarcome.
- D'autres tumeurs très rares, léiomyosarcome, fibrosarcome, ostéosarcome.

I Cc - Les tumeurs diverses

- Le phéochromocytome malin.
- Le lymphome.
- Le carcinosarcome.
- Le mélanome malin.

I Cd - Les tumeurs métastatiques et les envahissements secondaires

Essentiellement les tumeurs de prostate, du col utérin et du colon.

I Ce - Les tumeurs non classées

Actuellement pour unifier la classification des différentes tumeurs ; la classification T.N.M. (U.I.C.C:56) tend à remplacer la stadification que nous avons adoptée.

LE MATERIEL D'ETUDE

I A - LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Monsieur DER....., 67 ans

Il s'agit d'un malade porteur d'une maladie de "KAHLER", qui a présenté des hématuries, qui ont permis de découvrir à la cystoscopie une tumeur papillaire de vessie, qui est réséquée par voie endoscopique en Juillet 1975.

Reprise des hématuries en Décembre 1975, la cystoscopie découvre une récurrence tumorale, et une biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, grade III, stade B1.

L'urographie intra-veineuse est normale.

La cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie plate, plus un curage ganglionnaire est réalisé le 22 janvier 1976.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un stade D.

Les suites immédiates seront simples, le malade subira une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rad, du fait de la présence de ganglions envahis.

L'urographie intra-veineuse reste inchangée.

L'appareillage sera bien supporté, mais le malade décèdera deux mois plus tard, du fait de métastases au niveau de la moëlle épinière ? (Problème du "KAHLER").

OBSERVATION N° 2

Madame REY..... Andrée, 66 ans

Dans les antécédents de cette malade, on note une salpingectomie pour grossesse extra-utérine.

Depuis quatre ans, cette malade présente des phénomènes de "cystite" (brûlures mictionnelles, pollakiurie). En mars 1976, aggravation de ces phénomènes avec apparition de pyohématuries.

A l'examen, il existe une volumineuse tumeur de vessie, envahissant la partie supérieure du vagin.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire, montre une mutité gauche et une urétéro-hydronéphrose droite.

Le 12 mai 1976, est pratiquée une colpohystérectomie, plus cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate. Il est à noter que la malade a reçu la veille de l'intervention un flash radiothérapique de 400 rad.

Les suites opératoires seront simples ; ablation des sondes urétérales au 15ème jour.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un stade D, tous les ganglions sont envahis.

A l'urographie intra-veineuse pratiquée deux mois plus tard, on note une récupération du rein gauche, mais une augmentation de l'urétéro-hydronéphrose droite, par sténose de l'anastomose urétéro-iléale droite, semble t-il en relation avec une récurrence tumorale à ce niveau. La malade subira pour cette raison une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rad.

La malade est revue au mois d'Août 1976, sans problème d'appareillage, mais avec une baisse très importante de l'état général, et au toucher, un blindage pelvien. L'urographie intra-veineuse est identique à la précédente.

La malade décèdera six mois plus tard, de sa récurrence néoplasique.

OBSERVATION N° 3

Monsieur GAY..... Lucien, 60 ans

L'histoire débute par des cystalgies, apparues deux ans plus tôt, résistantes au traitement symptomatique.

En Avril 1974, apparition d'hématuries, faisant pratiquer une cystoscopie qui permet de découvrir une tumeur du trigone vésical.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montre une urétéro-hydronéphrose gauche.

Il est pratiqué le 20 mai 1974, une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate.

Les suites opératoires seront marquées par un méléna au 5ème jour et par une minime fistule urinaire extériorisée par la médiane, qui cèdera au 24ème jour, à l'ablation des sondes urétérales.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'une tumeur papillaire excréto-urinaire, grade III, stade A, pas de ganglions envahis.

Le malade quittera le service au 30ème jour, en excellent état.

Ce malade est suivi depuis quatre ans et demi, l'état général est actuellement excellent, il mène une vie normale, il s'est très bien adapté à sa poche (bouche plate), il n'existe aucune lésion cutanée péristomiale, les urographies intra-veineuses montrent la normalisation de l'urétéro-hydronéphrose gauche.

OBSERVATION N° 4

Monsieur FOU..... Henri, 58 ans

L'histoire de la maladie débute par des hématuries apparues en 1974. A la cystoscopie, il existe une tumeur de la paroi latérale gauche de la vessie, qui est traitée par une cystectomie partielle.

En Septembre 1975, apparition d'une récurrence hématurique, par récurrence tumorale, stade B1 à la biopsie.

Il est instituer alors une cobaltothérapie de cinq fois 540 rad, l'urographie intra-veineuse est normale.

Au toucher rectal, il existe une infiltration pelvienne.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée le 24 Novembre 1975, sur sondes urétérales avec stomie plate. Au cours de l'intervention, il est à noter une plaie du rectum qui sera traitée par suture et anus iliaque gauche.

Les suites seront marquées par l'apparition rapide (3ème jour) d'une fistule du grêle et d'un syndrome septicémique nécessitant la mutation en service de Réanimation, où le malade va décéder le 6 juin 1976, dans un état de choc septique irrécupérable.

OBSERVATION N° 5

Monsieur BAL..... Adrien, 56 ans

Depuis un an, ce malade présente des troubles mictionnels, mis sur le compte d'un adénome prostatique.

Devant l'aggravation de ces symptômes : dysurie très importante, une cystoscopie est pratiquée, qui montre une tumeur de la face latérale gauche de la vessie. La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire avec embols lymphatiques.

L'urographie intra-veineuse est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée le 22 Octobre 1976, sur sondes urétérales avec stomie en trompe.

Une cobaltothérapie complémentaire de 3000 rad est instituée, du fait d'envahissement sur la pièce d'exérèse de ganglions lymphatiques latéro-vésicaux gauches.

Deux mois plus tard, l'urographie intra-veineuse montre un rein droit muet et une urétéro-hydronéphrose gauche, liée à une récurrence locale, ce qui va entraîner une nouvelle irradiation de 5000 rad.

A la suite de cette irradiation, l'état rénal semble s'améliorer ; mais au dixième mois, apparition d'une occlusion du grêle, nécessitant une réintervention qui découvre une incarceration de la dernière anse dans le pelvis. Il est alors pratiqué une iléo-transversostomie, dont les suites seront simples.

On apprendra le décès du malade deux ans après la cystectomie par récurrence locale et métastases pulmonaires et osseuses, plus une greffe néoplasique sur la trompe.

OBSERVATION N° 6

Monsieur SER....., 59 ans

Depuis 1972, ce malade présente des hématuries totales qui font pratiquer une cystoscopie, qui permet de découvrir des papillomes vésicaux, qui sont réséqués et qui récidivent régulièrement.

Jusqu'au début 1977, ce malade va subir de nombreuses résections, une cystoscopie pratiquée à ce moment là, va montrer une papillomatose diffuse et une tumeur infiltrante de la face latérale gauche de la vessie.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Le 31 Mars 1977, est réalisée une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie en trompe, dont les suites seront marquées par l'apparition d'une phlébite droite, guérie sous héparine.

Le malade quittera le service au 34ème jour avec une urographie intra-veineuse normale.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome para-malpighien bien différencié, stade B1.

Ce malade va mener une vie normale pendant un an avec un appareillage très bien supporté (trompe).

L'apparition de douleurs ischiatiques et du genou droit va nécessiter une nouvelle hospitalisation qui met en évidence la présence de métastases osseuses au niveau du bassin et de l'extrémité supérieure du tibia droit. Les douleurs sont de plus en plus importantes et sont résistantes à la radiothérapie et aux morphiniques.

Dans ces conditions, on pratique une cordotomie le 12 Juin 1978, à la suite de laquelle, le malade va présenter un état comateux entraînant le décès onze jours plus tard.

OBSERVATION N° 7

Monsieur JAF..... Emile, 72 ans

L'histoire débute par des hématuries, s'accompagnant de cystalgies en Décembre 1976, faisant pratiquer une cystoscopie qui montre des polypes vésicaux, traités par résection endoscopique.

En Mai 1977, récurrence faisant pratiquer une nouvelle résection.

En Octobre 1977, réapparition des hématuries, et la cystoscopie découvre une tumeur de la face latérale gauche de la vessie, grade III, stade B1 à la biopsie.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montre une légère dilatation gauche.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée le 27 Novembre 1977 sans sonde urétérale, avec stomie en trompe.

Les suites opératoires sont marquées par l'apparition d'une occlusion aigue du grêle au onzième jour, nécessitant une reprise chirurgicale qui montre une incarceration d'anses derrière l'anse du "BRICKER" : Libération très laborieuse de ces dernières.

L'état du malade va rapidement s'aggraver avec apparition d'un tableau septique nécessitant sa mutation en service de Réanimation, où le malade décèdera au huitième jour après la reprise.

OBSERVATION N° 8

Monsieur LAU..... Raymond, 56 ans

L'histoire débute par des hématuries, début 1975, qui font pratiquer une cystoscopie, qui permet de découvrir un carcinome papillaire masquant l'orifice urétéral gauche.

Une urographie intra-veineuse montre un rein gauche muet.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée le 1 Avril 1975 sur sondes urétérales avec stomie plate.

Les suites seront marquées par l'apparition d'une phlébite du membre supérieur droit, qui va guérir sous traitement anti-coagulant.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade C.

Une cobalthérapie de 3000 rads est instituée dans les suites, du fait de la présence d'une induration pelvienne droite au toucher rectal ; la radiographie du bassin est normale.

Le malade sort au 45ème jour en ayant repris trois kilos, avec une stomie parfaitement bien supportée.

On apprendra le décès du malade six mois plus tard, par récurrence pelvienne.

OBSERVATION N° 9

Monsieur HOP..... Joseph, 66 ans

Dans les antécédents de ce malade, on retrouve un ulcère perforé opéré en 1957, et l'ablation d'un polype rectal par voie basse en 1970.

L'histoire urologique débute en Juin 1976 par des hématuries totales. Une cystoscopie est pratiquée à cette époque là, qui ne révèle que des lésions de cystite.

En Janvier 1977, reprise des hématuries entraînant une nouvelle cystoscopie, qui va montrer une tumeur du bas fond vésical et de la paroi latérale gauche.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome para-malpighien, stade B1 ; l'urographie intra-veineuse est normale.

Une cytologie urinaire va montrer des éléments suspects à contrôler.

Une cystectomie totale " BRICKER" est pratiquée le 25 Mars 1977, sans sonde urétérale avec stomie en trompe.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome para-malpighien, stade C. (ganglions sains)

Les suites seront très simples et le malade quitte le service au 34ème jour.

Trois mois plus tard, au cours d'un effort, on note l'apparition d'un prolapsus muqueux de la bouche, qui sera réduit manuellement, et qui ne récidivera pas.

Le malade est suivi depuis vingt mois, l'état général est excellent, l'appareillage est bien supporté et l'urographie intra-veineuse est normale.

OBSERVATION N° 10

Monsieur ROM..... Cristobal, 68 ans

L'histoire débute en Février 1973 par l'apparition d'hématuries qui vont entraîner une cystoscopie montrant une tumeur vésicale de la paroi latérale droite.

A la biopsie, il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, bien différencié, groupe B2.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" sans curage est pratiquée le 27 Avril 1973, sur sondes urétérales avec stomie plate.

Les suites seront relativement simples, marquées par une minime fistule urinaire, qui va se tarir spontanément. Ablation des sondes urétérales au 23ème jour.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire para-malpighien, stade B2.

Le malade quitte le service au 35ème jour.

Alors que le malade présentait une éventration médiane et que la stomie était très mal supportée (fuites d'urines et ulcérations cutanées) ; le malade va présenter au sixième mois des urétrorragies par récurrence locale et des cruralgies gauches, ce qui va entraîner sa mutation au Centre LEON-BERARD, où il décèdera un mois plus tard.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire était normale.

OBSERVATION N° 11

Monsieur RAF..... André, 58 ans

L'histoire débute par l'apparition d'hématuries très abondantes en Mai 1978 ; la cystoscopie montre une tumeur ulcérée de la face latérale gauche de la vessie.

Il n'est pas pratiqué de biopsie, par contre la cytologie urinaire est positive.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Ce malade subira une cystectomie totale "BRICKER" le 22 juin 1978 sans sonde urétérale avec stomie en trompe, précédée la veille d'un flash de 400 rads.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde, stade au moins C. (ganglions sains)

Les suites seront très simples, le malade quittera le service au 16ème jour.

Ce malade est suivi régulièrement, et un an après, il va très bien. Il mène une vie pratiquement normale, il est parfaitement adapté à son appareillage et l'urographie intra-veineuse est normale.

OBSERVATION N° 12

Madame COT..... Marcelle, 54 ans

Dans les antécédents, on note une hystérectomie pour fibrome en 1959.

En 1966, apparition d'hématuries. La cystoscopie montre des polypes vésicaux, traités par tailles vésicales et résection.

En 1969 et 1970, de nouvelles récives vont entrainer de nouvelles tailles vésicales.

En 1971, les hématuries récidivent à nouveau. Une résection endoscopique est alors pratiquée, qui montre un carcinome excréto-urinaire, grade III, stade A.

L'intervention est refusée par la malade, et celle-ci va subir jusqu'en 1975 de nombreuses résections et fulgurations pour persistance des hématuries.

A partir de cette date, les hématuries rebelles vont pousser à l'intervention.

Cystectomie totale "BRICKER" le 12 Mars 1975 sur sondes urétérales avec stomie plate, sans curage ganglionnaire.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire papillaire, grade III, stade B1 ? (il n'y a pas eu de curage ganglionnaire).

Les suites seront marquées par des hématémèses et des mélénas au deuxième jour post-opératoire ; l'endoscopie montre qu'il s'agit d'une oesophagite et d'une gastrite. Un traitement médical est instauré, qui va entrainer l'arrêt des hémorragies.

D'autre part, on note une petite fistule urinaire, qui va se tarir rapidement, spontanément.

La malade quitte le service au 32ème jour avec un appareillage moyennement supporté. (quelques fuites d'urine)

On apprendra le décès sept mois plus tard par "lâcher de ballons" pulmonaire, et métastases osseuses sur L4.

OBSERVATION N° 13

Monsieur MAR..... Frédéric, 70 ans

En 1974, ce malade va présenter des hématuries intermittentes. La cystoscopie découvre une tumeur du trigone, traitée par résection endoscopique.

Six mois plus tard, les hématuries vont récidiver. Une nouvelle cystoscopie montre une récurrence sur la face latérale droite de la vessie, atteignant l'orifice urétéral.

L'urographie intra-veineuse montre un rein droit muet.

Une cobaltothérapie est instituée (3000 rads) précédant la cystectomie totale "BRICKER" le 30 Avril 1975 sur sondes urétérales avec stomie plate.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un, carcinome excréto-urinaire bien différencié, stade C.

Les suites seront marquées par une petite fistule urinaire, qui va se tarir spontanément au douzième jour, à l'ablation des sondes urétérales.

Le malade quitte le service au 27ème jour, cicatrisé et bien adapté à son appareillage.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire montre la persistance de la mutité droite.

On apprendra le décès de ce malade au septième mois, dans un tableau cachectique, avec métastases osseuses multiples.

OBSERVATION N° 14

Monsieur CHO..... Georges, 69 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note une prothèse de la hanche droite en 1967.

L'histoire débute en 1975 par l'apparition d'hématuries ; la cystoscopie montre un polype traité par taille et résection.

L'anatomie pathologie montre qu'il s'agit en fait d'un carcinome excréto-urinaire, ce qui va entraîner une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rads.

En Octobre 1976, reprise des hématuries, et à la cystoscopie on découvre une tumeur vésicale d'aspect papillomateux.

Une cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale est pratiquée le 4 Novembre 1976 ; à cette occasion est découverte une tumeur sigmoïdienne, qui semble d'origine radiothérapique, et qui est laissée en place.

L'anatomie pathologie de la pièce ne va pas retrouver de tumeur. (lésion stérilisée par le cobalt ou enlevée en totalité par la résection)

Les suites seront marquées au seizième jour par l'apparition d'une occlusion basse, en relation avec la sténose sigmoïdienne, traitée par confection d'un anus transverse.

Dans les suites, ce malade va présenter des épisodes de pyélonéphrite à répétition avec urétéro-hydronéphrose bilatérale, ce qui va entraîner le 17 Mars 1977, la transformation de l'urétérostomie cutanée en "BRICKER" avec stomie en trompe.

Le malade quitte le service au 30ème jour avec une petite éventration qui nécessitera une reprise de la médiane à sa partie inférieure, au troisième mois.

Le 23 Janvier 1979, l'anus transverse latéral est transformé en anus terminal, du fait de la présence incessante de foecalomes.

Actuellement, trois ans après la cystectomie, le malade est en état général moyen (problème cardiaque avec accident vasculaire cérébral) ; il n'existe pas de signe de récurrence, ni de métastase.

L'urographie intra-veineuse s'est normalisée ; le malade est bien adapté à son appareillage.

OBSERVATION N° 15

Monsieur OUR..... Daniel, 47 ans

En Décembre 1977, apparition d'un premier épisode hématurique spontanément régressif.

En Janvier 1978, l'apparition d'une récurrence hématurique fait pratiquer une cystoscopie, qui va montrer une tumeur infiltrante de vessie.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée le 16 Février 1978, sur sondes urétérales avec stomie en trompe.

Les suites seront simples, l'ablation des sondes urétérales sera pratiquée au douzième jour.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade D.

Le malade sortira au 37ème jour, après une cobaltothérapie complémentaire de 4000 rad.

Après neuf mois, le malade va très bien, il est bien adapté à sa poche.

L'urographie intra-veineuse montre une petite dilatation urétérale gauche.

OBSERVATION N° 16

Monsieur NUG..... Jean, 64 ans

Des épisodes hématuriques récidivants en Février et Mai 1973, vont faire pratiquer une cystoscopie, qui découvre une tumeur infiltrante de la partie gauche du trigone.

Une cobalthérapie est instituée, mais devra être arrêtée du fait de la mauvaise tolérance du malade.

L'urographie intra-veineuse est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate est pratiquée le 22 Mai 1973.

Les suites seront marquées par l'apparition d'un choc septique au quatrième jour avec tableau péritonéal, révélateur d'une fistule du grêle, par désunion de la suture iléo-iléale, au bord antimésentérique.

Reprise chirurgicale au huitième jour : Réfection de l'iléo-iléostomie plus Noble.

Les suites seront simples, seulement marquées par une petite fistule urinaire, qui va se tarir spontanément.

Sur la pièce opératoire, il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire para-malpighien, stade B II, Les ganglions ne sont pas envahis.

Le malade quitte le service au 40ème jour.

Tout va aller bien pendant dix mois, puis le malade est réhospitalisé pour des hépatalgies révélatrices de métastases hépatiques. Une chimiothérapie est alors instituée.

Le malade décèdera en Mars 1974.

OBSERVATION N° 17

Monsieur LAM..... Jean, 70 ans

Il s'agit d'un malade au lourd passé urologique :

- Néphrectomie droite en 1957 pour rein polykystique,
- Fulguration de polypes vésicaux également en 1957,
- En 1960, urétérotomie gauche pour lithiase urétérale anurique,
- En 1971, des hématuries font découvrir une tumeur papillaire vésicale de la corne gauche, traitée par cystectomie partielle plus réimplantation urétérale.

En Avril 1973, apparition d'une récurrence, traitée par totalisation de la cystectomie plus iléocystoplastie.

Du point de vue anatomie pathologie, la pièce de cystectomie est ininterprétable.

Dans les suites, apparition d'une incontinence urinaire majeure, nécessitant la transformation de l'iléocystoplastie en "BRICKER" en Septembre 1974 avec stomie plate.

Les suites seront marquées par la persistance d'une urétéro-hydronéphrose gauche et d'urétrorragies par greffe néoplasique sur l'urètre.

En Janvier 1976, l'apparition d'une tumeur périnéale va nécessiter une reprise chirurgicale. Cette tumeur s'avère être une récurrence locale.

Le malade décèdera le 15 Mars 1976, dans un tableau occlusif dû à la récurrence locale.

OBSERVATION N° 18

Monsieur PLA..... Joseph, 68 ans

L'histoire débute par des hématuries en 1975, qui vont récidiver en Juillet 1976, entraînant une cystoscopie qui va montrer une tumeur infiltrante de la corne vésicale.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montre une urétéro-hydronéphrose droite.

Une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie en trompe est pratiquée le 20 Novembre 1976.

Les suites seront très simples, et le malade quitte le service au 22ème jour, et va subir une cobaltothérapie complémentaire de 3000 rads car sur la pièce, les ganglions obturateurs et hypogastriques sont envahis.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade D.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire est normale.

Le malade décèdera un an plus tard dans un état de défaillance cardio-respiratoire, alors qu'étaient apparues des métastases osseuses vertébrales et une greffe néoplasique sur la trompe.

OBSERVATION N° 19

Monsieur COS..... Jean, 65 ans

Le 6 Octobre 1977, ce malade va subir une cystectomie et une iléocystoplastie pour petite vessie radique après résection plus radiothérapie pour tumeur maligne de vessie. (stade A à la biopsie)

L'anatomie pathologie de la pièce ne va pas retrouver de lésion maligne. (tumeur stérilisée par le cobalt ou enlevée en totalité par la résection)

Les suites sont marquées par l'apparition d'une insuffisance rénale aigue, d'origine septique et l'apparition d'une fistule urinaire, extériorisée par la médiane.

Le malade sera muté en réanimation, où l'état général va s'améliorer, mais avec persistance de la fistule urinaire.

En Janvier 1978, la persistance de cette fistule va nécessiter une reprise chirurgicale : Désinsertion de l'anse de l'iléocystoplastie, qui est extériorisée dans la médiane.

Les difficultés d'appareillage, et l'apparition d'une nouvelle fistule urinaire au dessus de la stomie font pratiquer le 13 Juin 1978 un "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montrait une urétérohydronéphrose droite.

Les suites sont marquées par un encombrement bronchique majeur, traité par des broncho-aspirations et une antibiothérapie intensive, en service de Réanimation.

L'évolution sera finalement favorable, et le malade quitte le service au 41ème jour.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire est inchangée.

Le malade est suivi régulièrement ; il va bien et l'appareillage est bien supporté.

OBSERVATION N° 20

Monsieur DIJ..... Jean-Paul, 46 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note en 1974 un changement de travail, après découverte dans les urines de produits toxiques ; le malade travaillait dans les essences rectifiées.

En Mars 1978, l'apparition d'hématuries fait pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur infiltrante de vessie, avec une cytologie urinaire positive.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe est pratiquée le 16 Mai 1978, précédée la veille d'un flash de 400 rads.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, grade IV, stade D.

Les suites seront très simples ; le malade quittera le service au 24ème jour pour subir une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rads, car les ganglions sont envahis.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire est normale.

Six mois plus tard, l'apparition de douleurs lombaires fait découvrir une métastase vertébrale sur L4.

Le malade décèdera un an après le cystectomie dans un état de cachexie majeure.

OBSERVATION N° 21

Monsieur GRI..... René, 59 ans

L'histoire débute par des hématuries en 1976, dues à un polype vésical, traité par résection endoscopique.

En Janvier 1978, récurrence hématurique amenant une nouvelle résection endoscopique, dont l'anatomie pathologie de la pièce révèle qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade A, grade III.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Devant une nouvelle récurrence en Mai 1978 et l'échec d'une nouvelle résection endoscopique, on pratique une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie en trompe, le 6 Juin 1978.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade A, grade IV. (ganglions sains)

Les suites opératoires seront très simples et le malade quitte le service au 29ème jour.

Sept mois plus tard, le malade est revu, en bon état général mais avec la présence d'une éventration au niveau de la stomie avec prolapsus sous-cutané de la trompe.

Reprise le 29 Décembre 1978 : Mise en place de l'iléostomie en trompe au niveau de l'ombilic ; cure de l'éventration latérale.

Les suites seront simples ; l'appareillage bien supporté, et le malade est actuellement en très bon état général avec une urographie intra-veineuse normale.

OBSERVATION N° 22

Monsieur MAT..... Fernand, 53 ans

En 1972, hématuries consécutives à une tumeur de vessie, traitée par cystectomie partielle.

En 1974, une reprise des hématuries fait pratiquer une cystoscopie qui montre une récurrence tumorale.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montre un rein droit muet.

Une cystectomie totale "BRICKER" avec sondes urétérales et stomie en trompe est pratiquée le 11 Février 1974.

Les suites seront simples, ablation des sondes urétérales au 14ème jour. Le malade quittera le service au 30ème jour, avec à l'urographie intra-veineuse une persistance de la mutité rénale droite.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera un carcinome excréto-urinaire, stade C.

Alors qu'il allait bien, le malade revient dans le service dix mois après l'intervention pour des hémorragies extériorisées par l'iléostomie.

Un bilan complet, avec artériographie se révélera négatif, et ces hémorragies céderont spontanément.

Trois mois après cet épisode, on apprendra le décès du malade dans un état cachectique avec métastases multiples, osseuses et pulmonaires.

OBSERVATION N° 23

Monsieur ELI..... Marcel, 57 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note un paludisme ancien, une amibiase intestinale et une résection de polype vésical en 1965.

En 1974, l'apparition d'hématuries fait pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur infiltrante de vessie, traitée par résection endoscopique plus cobaltothérapie. (6000 rads)

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un stade A.

Les suites seront marquées par l'apparition d'une petite vessie radique, traitée par cystectomie et iléocystoplastie en 1975.

L'anatomie pathologie de la pièce ne retrouve pas de lésion maligne. (lésion stérilisée par le cobalt ou enlevée entièrement par la résection)

La persistance d'une incontinence et d'un reflux urétéral droit important avec à l'urographie intra-veineuse, une urétéro-hydro-néphrose droite, va faire pratiquer un "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie en trompe le 20 Janvier 1977.

Les suites opératoires seront très simples et le malade quitte le service au 30ème jour, avec une urographie intra-veineuse normalisée.

Le malade est revu dix huit mois plus tard en parfait état ; supportant très bien son appareillage.

OBSERVATION N ° 24

Madame MIQ..... Marie-Jeanne, 43 ans

Dans les antécédents, on retient une R.A.A. à l'âge de douze ans ; une appendicectomie à dix huit ans ; une hystérectomie pour fibrome à trente huit ans.

En Août 1974, des épisodes de cystalgies, avec coliques néphrétiques droites font pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur du trigone, et l'urographie intra-veineuse une urétéro-hydronéphrose droite.

Une cystectomie totale avec urétérostomie cutanée bilatérale est pratiquée le 20 septembre 1974.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade B1.

L'urétérostomie cutanée est très mal supportée, avec persistance des coliques néphrétiques droites.

La persistance d'une sténose urétérale droite, fait pratiquer un "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe le 13 Octobre 1975.

Les suites seront simples, avec ablation des sondes urétérales au quatorzième jour et sortie le 30ème jour avec une urographie intra-veineuse normalisée.

Depuis trois ans, la malade est suivie régulièrement ; l'état général est excellent, et l'appareillage est moyennement supporté. (odeurs, fuites d'urine, petites lésions cutanées)

OBSERVATION N° 25

Madame MAL..... Rosa, 52 ans

L'histoire débute par des hématuries en 1972, dont la récurrence en 1975, fait pratiquer une cystoscopie, qui montre une tumeur infiltrante de la face postéro-latérale droite de la vessie et une infiltration pelvienne aux touchers.

L'intervention pratiquée le 12 Décembre 1975, avec à l'urographie intra-veineuse un rein droit muet, montre un envahissement de l'isthme utérin, ce qui fait pratiquer une hystérectomie totale plus une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate.

L'anatomie pathologie de la pièce révèle qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde, bien différencié, avec envahissement du col utérin et envahissement ganglionnaire iliaque externe droit.(stade D)

La malade quitte le service au 50ème jour.

Au troisième mois, la malade est hospitalisée pour des hématuries, dont l'origine se situe au niveau du rein droit, ce qui va faire pratiquer une néphrectomie droite, qui va montrer la présence d'une coulée néoplasique au niveau du pédicule rénal ; dont l'histologie est identique à celle de la tumeur vésicale d'origine.

La malade décèdera six mois après la cystectomie par envahissement loco-régional.

OBSERVATION N° 26

Monsieur FRA..... Marcel, 46 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note un abcès du poumon en 1971.

L'histoire urologique débute en 1974, par des hématuries dues à une tumeur du col vésical qui va être traitée par résection endoscopique.

Devant la récurrence des hématuries et l'échec de plusieurs résections endoscopiques, on pratique une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe le 23 Septembre 1975 ; précédée d'une cobalthérapie de 5000 rads.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Les suites seront marquées par l'apparition au huitième jour d'une fistule du grêle à haut débit ; ce qui va nécessiter une reprise chirurgicale : Il s'agit d'un lâchage de l'anastomose iléo-iléale.

On pratique une petite résection du grêle, une réfection de l'iléo-iléostomie plus une iléostomie de décharge.

Le malade décèdera six jours après cette reprise en service de Réanimation dans un tableau de choc septique.

OBSERVATION N° 27

Monsieur CHA..... Pierre, 67 ans

Début d'épisode hématurique en 1970, qui va récidiver en 1972 ; la cystoscopie va montrer la présence de polypes vésicaux.

Le malade va subir une taille vésicale pour résection de polypes et une adénomectomie prostatique.

Entre 1972 et 1977, le malade va présenter de multiples récurrences hématuriques, traitées par des résections endoscopiques de polypes.

Devant l'échec de cette thérapeutique, et un retentissement sur le haut appareil urinaire (urétéro-hydronephrose bilatérale) ; il est pratiqué une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale avec stomie en trompe le 20 Septembre 1977.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'une tumeur papillaire, grade III, stade B1, les ganglions sont sains.

Les suites seront simples, le malade quitte le service au 24ème jour avec une urographie intra-veineuse normalisée.

Depuis un an et demi, l'état général est parfait et le malade est bien adapté à son appareillage.

OBSERVATION N° 28

Monsieur BAN..... Alexandre, 48 ans

Il s'agit d'un malade au passé urologique chargé :

- Opéré à l'âge de dix huit ans d'une réimplantation urétérale gauche pour reflux.

- Douze ans plus tard, néphrectomie gauche pour rein détruit, suivie quelques mois plus tard d'une urétérectomie gauche pour fistule urinaire par reflux.

- En 1974, traitement par lithotritie d'un calcul vésical, et résection d'un polype du col.

En 1975, des hématuries font pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur vésicale : Carcinome excréto-urinaire, stade B1 à la biopsie.

Une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate est pratiquée le 5 Août 1975. L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale à droite.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un stade B1.

Les suites seront simples avec ablation des sondes urétérales au treizième jour.

Le malade quitte le service au 24ème jour, avec une urographie intra-veineuse normale.

Le malade est suivi régulièrement depuis trois ans ; il va très bien, il est bien adapté à son appareillage et ses urographies intra-veineuses sont toujours normales.

OBSERVATION N° 29

Madame ITZ..... Hélène, 71 ans

L'apparition d'hématuries fait pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur vésicale bourgeonnante de la face latérale droite.

L'urographie intra-veineuse montre une urétéro-hydronéphrose droite.

Une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe est pratiquée le 27 Mai 1977.

Les suites seront relativement simples, marquées par une petite éventration médiane, nécessitant sa cure au trentième jour post-opératoire.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade C ; ganglions sains.

La malade quittera le service au 42ème jour, cicatrisée.

L'urographie intra-veineuse est normalisée.

La malade est suivie depuis deux ans ; elle est dans un très bon état général et est bien adaptée à son appareillage.

OBSERVATION N° 30

Monsieur GUI..... Marcel, 72 ans

L'histoire débute par des hématuries en Août 1972, hématuries qui vont récidiver jusqu'en Décembre 1972 où une cystoscopie va montrer une tumeur de la vessie, qui est traitée par cobaltothérapie et Bléomycine.

Mais ce traitement mal supporté, et un rein gauche muet à l'urographie intra-veineuse, font pratiquer une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie plate le 9 Février 1973.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome excréto-urinaire, stade B2 ; les ganglions ne sont pas envahis.

Les suites seront simples ; le malade quittera le service au 25ème jour et subira dans les suites quelques cures de Bléomycine.

Depuis six ans, le malade est suivi régulièrement ; l'état général est excellent et l'appareillage bien supporté.

L'urographie intra-veineuse est normale.

OBSERVATION N° 31

Monsieur ARP..... Roger, 49 ans

Antécédents de tuberculose pulmonaire à l'âge de dix sept ans.

En 1974 et 1975, apparition d'hématuries, dont le bilan s'avèrera négatif.

En Mars 1978, le malade est à nouveau hospitalisé pour des hématuries. L'examen des urines révèle la présence de Schistosoma Japonicum, et la cystoscopie un aspect inflammatoire du trigone ; mais la cytologie urinaire montre la présence de cellules malignes, ce qui va pousser à pratiquer une biopsie à ce niveau ; biopsie qui va révéler la présence d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade III.

L'urographie intra-veineuse est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" sur sondes urétérales avec stomie en trompe est pratiquée le 11 Mai 1978.

L'anatomie pathologie de la pièce révélera qu'il s'agit d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade III, stade D. (envahissement des ganglions latéraux vésicaux gauches)

Il quitte le service qu 30ème jour, après une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rads.

Le malade est hospitalisé huit mois plus tard, dans un tableau d'occlusion aigue du grêle, nécessitant une réintervention qui découvre une incarceration de la dernière anse grêle dans le pelvis, et la présence de métastases hépatiques.

Il est pratiqué une iléotransversostomie, dont les suites seront simples, mais l'état général est médiocre avec amaigrissement et une urétéro-hydronéphrose gauche vraisemblablement liée à une récurrence locale.

Le malade décèdera le 11 Février 1979 dans un état de cachexie extrême avec présence de métastases vertébrales et hépatiques.

OBSERVATION N° 32

Monsieur PAG....., 50 ans

On retient dans les antécédents de ce malade, une taille vésicale pour lithiase en 1965.

L'histoire débute en 1973 par des hématuries qui font pratiquer une cystoscopie, qui découvre une vessie inflammatoire.

Deux mois plus tard, une reprise des hématuries fait pratiquer une nouvelle cystoscopie, qui permet de découvrir une tumeur de vessie, traitée par cystectomie partielle plus curiethérapie.

En Novembre 1973, nouvelle récurrence hématurique, la cystoscopie montre une récurrence sur les sutures ; la biopsie révèle un carcinome excréto-urinaire, stade B1.

Une cystectomie totale "BRICKER" est pratiquée sur sondes urétérales avec stomie plate le 8 Janvier 1974.

Les suites seront très simples et le malade quitte le service au 25ème jour.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire est normale.

Quatorze mois plus tard, le malade va présenter une pyélonéphrite gauche, bien guérie par les antibiotiques.

Par la suite, l'état général sera excellent, et ce malade sera encore opéré de hernies inguinales bilatérales.

Quatre ans après la cystectomie, alors que l'état général est toujours excellent, le malade va présenter une occlusion aigue du grêle avec, à l'intervention, une incarceration d'anses grêle derrière le "BRICKER".

Il sera pratiqué une simple anastomose, au pied de l'anse incarcerée.

Les suites seront très simples, et le malade va très bien quatre ans après sa cystectomie, avec un appareillage très bien supporté.

OBSERVATION N° 33

Monsieur PON..... Paul, 56 ans

Ce malade est hospitalisé en Avril 1979 pour des hématuries avec cystalgies durant depuis quinze jours.

La cystoscopie découvre une volumineuse tumeur de la base vésicale qui s'avère être à la biopsie, un carcinome à cellules transitionnelles, grade IV, stade A.

La cytologie urinaire pré-opératoire est positive.

L'urographie intra-veineuse montre un rein droit muet.

Une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale, avec stomie en trompe est pratiquée le 20 Avril 1979.

L'anatomie pathologie de la pièce montre qu'il s'agit en fait, d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade IV, mais stade C ; (les ganglions sont sains).

Les suites opératoires seront très simples ; le malade sort au 34ème jour, bien cicatrisé, et bien appareillé.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire montre la récupération rénale droite à dix minutes.

Depuis quatre mois, ce malade est suivi régulièrement ; l'état général est bon et l'appareillage bien supporté.

OBSERVATION N° 34

Monsieur BOU.....Jean-Louis, 55 ans

L'histoire urologique débute en Aout 1977, par des hématuries en relation avec un épithélioma papillaire de vessie, traité par cystectomie partielle.

En Aout 1978, une récurrence hématurique va entraîner une nouvelle cystectomie partielle, associée à une implantation d'aiguilles de radium, et une cobaltothérapie complémentaire de 5000 rads.

Ce malade est reçu dans le service en Janvier 1979, pour une nouvelle récurrence hématurique; la cystoscopie va révéler une récurrence tumorale sur la partie gauche du trigone.

Une cytologie urinaire pré-opératoire est négative, et l'urographie intra-veineuse est normale.

Une cystectomie totale "BRICKER" sans sonde urétérale, avec une " Loop end ileostomy" selon " TURNBULL" est pratiquée le 27 Mars 1979.

L'examen Anatomo-pathologique de la pièce montrera qu'il s'agit d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade III stade A.

Le malade est revu quatre mois après son intervention en bon état général, supportant bien son iléostomie, avec une urographie intra-veineuse post-opératoire normale.

OBSERVATION N° 35

Monsieur DEB....., 69 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note en 1972, une endartériectomie fémoro-poplitée gauche.

En 1973, dans les suites d'une cure de hernie inguinale droite, la survenue d'une ischiémie aigue du membre inférieur gauche va nécessiter une sympatectomie.

L'histoire urologique débute en Janvier 1979, par des hématuries associées à une dysurie.

La cystoscopie va montrer une tumeur de la face latérale gauche de la vessie, et la biopsie révèle un carcinome à cellules transitionnelles, grade III.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale, mais le toucher rectal révèle une infiltration pelvienne gauche.

Une cystectomie totale " BRICKER " sur sondes urétérales avec stomie plate est pratiquée le 12 Avril 1979; il n'est pas pratiqué de curage ganglionnaire car ceux-ci son manifestement envahis, ainsi que la paroi pelvienne gauche.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce, associé aux constatations opératoires, montre qu'il s'agit d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade IV, stade D.

Les suites seront marquées par une pyélonéphrite gauche, évoluant favorablement sous antibiothérapie.

L'urographie intra-veineuse post-opératoire est normale.

Le malade est revu cinq mois plus tard dans un état général précaire, avec présence de métastases cérébrales; par ailleurs, la stomie est bien supportée.

OBSERVATION N° 36

Monsieur CHO.....Alphonse, 57 ans

Dans les antécédents, on note une cholecystectomie en 1975.

L'histoire urologique a débutée au cours de l'été 1978, par des hématuries, associées à une dysurie.

La cystoscopie va révéler une tumeur de la partie gauche du trigone, dont la biopsie révèle qu'il s'agit d'un carcinome urothélial "In Situ"; résultat en contradiction avec l'urographie intra-veineuse qui montre une urétéro-hydronéphrose bi-latérale, et une volumineuse image vésicale.

Une cystectomie totale " BRICKER " sans sonde urétérale, avec stomie en trompe est pratiquée le 30 Janvier 1979; à noter qu'au cours de l'intervention il est pratiqué une plaie du rectum qui va nécessiter sa suture, et la confection d'un anus transverse.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce révélera qu'il s'agit en fait d'un carcinome à cellules transitionnelles, grade III, stade B1.

Les suites seront simples, et le malade quitte le service au 29ème jour, bien appareillé au niveau de ses deux stomies.

En Juin 1979, le malade est réhospitalisé en bon état général, bien adapté à sa stomie urinaire, avec une urographie intra-veineuse normalisée, pour fermeture d'anús.

Cette dernière se déroulera sans problème, le malade quittant le service au 10ème jour après sa fermeture d'anús.

OBSERVATION N° 37

Monsieur HEU.....Louis, 56 ans

L'histoire débute en Février 1978, par l'apparition d'hématuries avec dysurie, qui vont faire pratiquer une cystoscopie qui montre une tumeur de vessie, plurifocale qui, à la biopsie s'avère être un carcinome à cellules transitionnelles, grade IV, stade au moins A.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire montre une urétéro-hydronéphrose gauche.

Une scintigraphie osseuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale " BRICKER " sans sonde urétérale, avec stomie en trompe est pratiquée le 4 Décembre 1978, précédée la veille d'un flash radiothérapique de 400 rads.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce confirme qu'il s'agit d'un grade IV, stade A.

Les suites seront simples, l'urographie intra-veineuse post-opératoire est normalisée, et le malade quitte le service au 29ème jour.

Après une radiothérapie post-opératoire de 5000 rads, le malade est revu en Février 1979 avec une sténose de sa trompe, vraisemblablement due à un défaut de vascularisation.

Cette trompe est reprise le 26 Février 1979 avec résection de l'extrémité, et confection d'une nouvelle trompe.

Les suites seront simples, l'état général bon, et l'appareillage bien supporté.

Ce malade est suivi depuis sept mois en bon état général, avec une urographie intra-veineuse normale, bien adapté à sa stomie.

OBSERVATION N° 38

Monsieur ZIG.....Aldo, 58 ans

Dans les antécédents de ce malade, on note une tumeur du plancher de la bouche, traitée par ENDOXAN en 1977.

L'histoire urologique débute en Juin 1977, par l'apparition d'hématuries en relation avec des polypes de vessie qui seront fulgurés.

Plusieurs récidives hématuriques vont entraîner des fulgurations jusqu'en Octobre 1978 où une cystoscopie va montrer une tumeur du trigone et la biopsie, révéler qu'il s'agit d'un carcinome à cellules transitionnelles grade IV, stade au moins B1.

Une cytologie urinaire va montrer des cellules suspectes à contrôler.

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale " BRICKER" sans sonde urétérale, avec stomie en trompe est pratiquée le 5 Décembre 1978, précédée la veille d'un flash radiothérapique de 400 rads.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce va révéler qu'il s'agit d'un grade IV, stade C.

Les suites seront simples, l'urographie intra-veineuse est normale le malade quitte le service au 17 ème jour avec une radiothérapie complémentaire de 5000 rads.

Alors que tout allait bien, le malade est réhospitalisé en Juin 1978, pour des douleurs de la hanche droite, dont le bilan radiologique et scintigraphique s'avérera négatif.

L'urographie intra-veineuse est toujours normale, l'état général est bon, et le malade est bien adapté à sa stomie.

OBSERVATION N° 39

Monsieur GRE.....Roger, 63 ans

Dans les antécédents de ce malade, on trouve une cholecystectomie en 1960, un infactus en 1962, et un ulcère duodénal en 1964, traité médicalement.

Le malade est hospitalisé dans le service en Novembre 1973 pour des hématuries intermittentes avec dysurie durant depuis six mois.

La cystoscopie va montrer une tumeur infiltrante de la face latérale gauche de la vessie (pas de biopsie).

L'urographie intra-veineuse pré-opératoire est normale.

Une cystectomie totale " BRICKER " sans sonde urétérale, avec stomie plate (sans curage ganglionnaire) est pratiquée le 13 décembre 1973.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce va révéler qu'il s'agit d'un carcinome épidermoïde, stade C.

Les suites opératoires seront simples, le malade quitte le service au 22ème jour.

Il est suivi régulièrement jusqu'en Mai 1979, où l'apparition d'une sténose de la stomie en relation avec une rétraction cutanée péristomiale par une papillomatose inflammatoire, non néoplasique va faire réintervenir le 22 Juin 1979:

Résection de l'extrémité du greffon

Réfection de l'iléostomie

Il existe suffisamment d'étoffe pour pratiquer une trompe.

L'histologie de l'extrémité iléale réséquée montre qu'il s'agit de lésions cutanées inflammatoires, non néoplasiques.

Actuellement, le malade va bien, l'urographie intra-veineuse normale, et le malade bien adapté à son appareillage.

II B - L'ANALYSE

II Ba - l'âge et le sexe

Parmi les trente neuf tumeurs, nous retrouvons trente quatre hommes, pour cinq femmes, avec un âge moyen pour les hommes de soixante ans ; la fourchette allant de quarante six ans à soixante seize ans, et pour les femmes, un âge moyen de cinquante sept ans, oscillant entre quarante trois et soixante et onze ans.

Il est à noter que l'âge moyen de notre série ne reflète pas l'âge moyen général des tumeurs malignes primitives de vessie, puisque nous ne retrouvons ici que les malades ayant un état général suffisant pour subir une cystectomie totale "BRICKER" et que par ailleurs, on exclue toutes les tumeurs de vessie, traitées par une autre méthode.

II Bb - Les conditions dans lesquelles s'est effectuée la cystectomie totale "BRICKER"

1/ Les cystectomies "BRICKER" de première intention

Dans dix neuf cas, le diagnostic ne faisait pas de doute, il est à noter que dans tous les cas, ce sont les hématuries qui ont permis de déceler ces tumeurs de vessie ; ces hématuries étaient soit isolées, soit accompagnées de crystalgies.

Dans ces dix neuf cas, le diagnostic a été fait, soit par la seule constatation cystoscopique, soit sur la biopsie pré-opératoire.

Il est à noter que cette biopsie connaît des limites, dont nous reparlerons, puisque toutes ces biopsies ont été effectuées à l'anse électrique, et donc que les fragments subissent des détériorations ; ce qui dans de nombreux cas, gêne l'établissement du stade évolutif.

Actuellement, nous bénéficions de l'apport de la cytologie urinaire, de laquelle nous reparlerons ultérieurement.

2/ Cystectomies "BRICKER" précédées d'un autre geste

Dans treize cas, le diagnostic initial était le plus souvent celui de polypes, qui ont été traités soit par résection endo-uréthrales, soit par cystectomie partielle, soit par résection par taille vésicale.

C'est devant les multiples récurrences, ou les constatations anatomo-pathologiques que l'on a du pratiquer secondairement une cystectomie totale "BRICKER".

3/ Les autres circonstances

Dans ces cas là, au nombre de sept, la cystectomie, ou le "BRICKER" ont dus être pratiqués secondairement devant l'échec ou les complications liées à une autre méthode thérapeutique :

Trois iléocystoplasties nécessitées pour vessies radiques ont été secondairement transformées en "BRICKER", l'une pour fistule intarissable, les deux autres pour incontinence et reflux urétéral avec pyélonéphrite et urétéro-hydronéphrose.

Deux urétérostomies cutanées, transformées secondairement en "BRICKER" pour sténose urétérale avec urétéro-hydronéphrose et pyélonéphrite.

Deux cas, où le traitement radiothérapique initialement envisagé n'a pas été supporté par ces malades.

II Bc - Les délais

Nous avons envisagé le temps écoulé depuis le premier symptôme et la cystectomie totale :

Le délai moyen est de dix huit mois ; allant de un à cent vingt mois ; délai important que l'on retrouve dans d'autres séries :

ROQUEBLAVE, sur une série de cent trente cinq cas, note un délai moyen de dix sept mois (50)

Par ailleurs, quatre malades présentaient une infiltration au toucher pelvien, et dix neuf malades présentaient déjà un retentissement sur le haut appareil à l'urographie intra-veineuse pré-opératoire.

Comme nous le verrons plus loin, il semble qu'un effort important doit être réalisé dans le raccourcissement de ces délais ; la précocité du traitement radical étant sans doute le facteur le plus important pour améliorer les résultats actuels.

RESULTATS

III - LES RESULTATS

Nous envisagerons ici :

- La mortalité opératoire.
- La mortalité éloignée.
- La survie actuelle.

Pour étudier ensuite les différentes complications ayant émaillées l'évolution de ces malades et leur traitement.

III A - LA MORTALITE

III Aa - La mortalité opératoire

Nous entendons par mortalité opératoire, les malades qui n'ont pas pu quitter l'Hôpital après l'intervention.

Dans notre série, trois malades sont décédés dans les suites opératoires, entre le quinzième jour et le troisième mois.

Observation n° 4 : Le malade est décédé trois mois plus tard de septicémie en service de Réanimation, après fistule de l'anastomose iléo-iléale.

Observation n° 7 : Le malade est décédé trois semaines plus tard dans un tableau septicémique, après reprise (entérolyse) pour occlusion par incarceration d'anses grêles derrière le "BRICKER".

Observation n° 26 : Décès quinze jours après la cystectomie totale "BRICKER" dans un tableau de choc septique après reprise pour fistule de l'anastomose iléoiléale (résection, réfection de l'anastomose, iléostomie de décharge).

Nous avons donc trois décès opératoires sur trente neuf malades, ce qui représente une mortalité opératoire de moins de 8 %.

Trois constatations peuvent être faites sur la mortalité opératoire:

- Tout d'abord, et comme on peut s'y attendre, dans tous les cas, c'est la complication digestive qui a entraîné le décès : Dans deux cas il s'agissait d'une fistule du grêle, et dans le troisième cas, d'une lésion par incarceration d'anses grêles.

- Ensuite, on peut être surpris par la relative fréquence de la fistule de l'anastomose iléoiléale, qui classiquement est une des plus solides ; mais il faut constater que sur les deux malades ayant fait une fistule du grêle, les deux avaient reçu une cobaltothérapie pré-opératoire à forte dose, un de 2700 rads, l'autre de 5000 rads.

Il apparaît donc, que si la dérivation urinaire du type "BRICKER" représente selon JOHNSON & LAMY (22) une relative sécurité après irradiation à forte dose, elle est loin d'être anodine ; ce qui nous fait envisager actuellement un autre type de radiothérapie pré-opératoire, comme nous le verrons ultérieurement.

- Enfin, il faut remarquer ici les notables progrès réalisés dans la chirurgie d'exérèse vésicale, et dans sa réanimation, puisque dans le journal d'uronéphrologie de 1967, DUCASSOU (15) note une mortalité opératoire de 26,4 %.

TABLEAU I

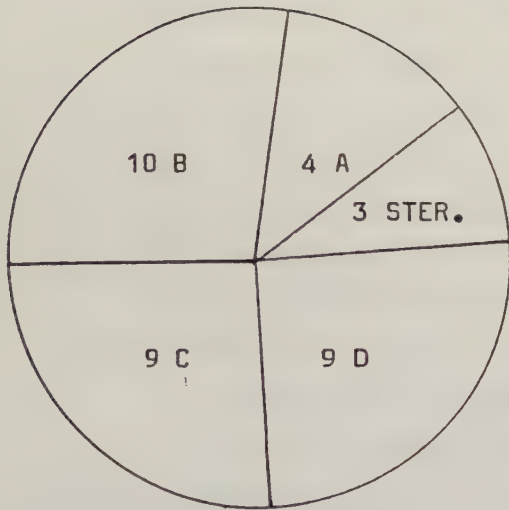


Fig. 1

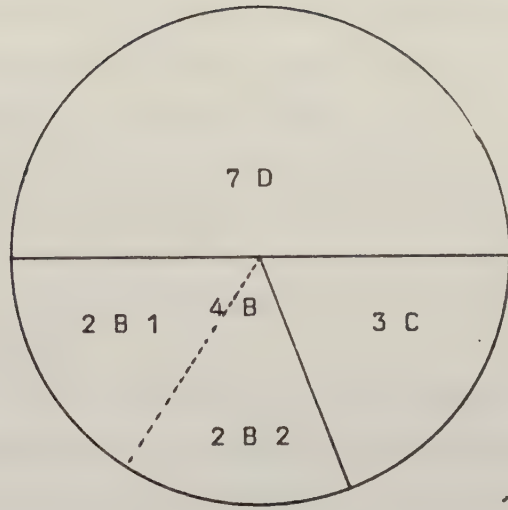


Fig. 2

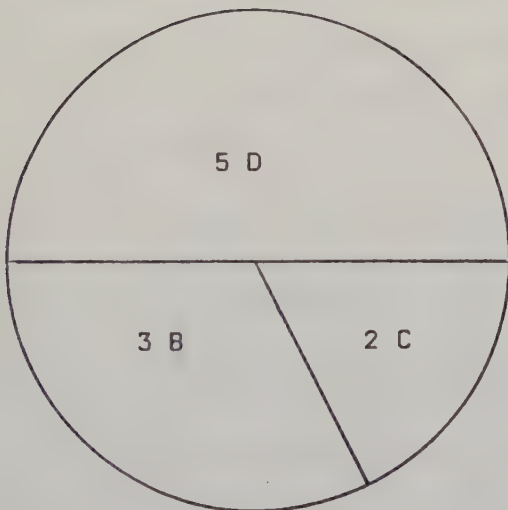


Fig. 3

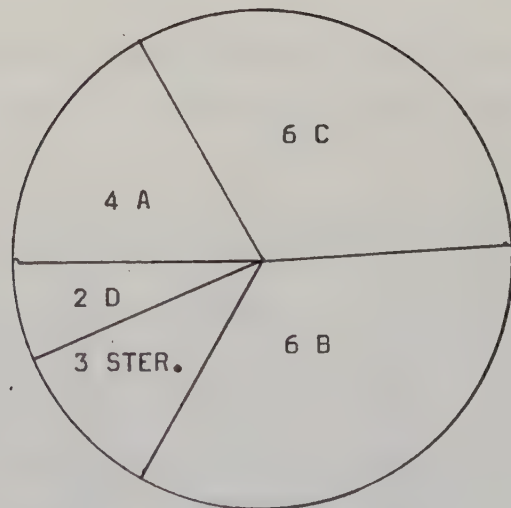


Fig. 4

III Ab - La mortalité éloignée

Dans le tableau I (figure 1), nous avons regroupé la stadification anatomo-pathologique des pièces opératoires; en excluant de ce tableau les trois décès précoces, trente six malades ont passé le cap opératoire, sur ces trente six malades, dans le tableau I (figure 1) nous excluons un malade dont la pièce anatomo-pathologique est ininterprétable.

Sur ces trente six malades, quinze sont actuellement décédés, la figure 2 du tableau I indiquant le stade anatomo-pathologique, en excluant un malade porteur d'une maladie de "KAHLER".

La durée de survie moyenne de ces malades décédés est de 11,5 mois, s'échelonnant entre deux et trente six mois.

La mortalité de ces malades peut se subdiviser en deux groupes:

- Dix sont décédés avec des métastases le plus souvent osseuses, plus ou moins associées à d'autres métastases; ces métastases s'associaient à un état de cachexie extrême, mais il n'existait pas de récurrence locale.

- Cinq malades sont décédés sans métastases, mais avec une récurrence pelvienne ; parmi ces cinq malades, deux présentaient en outre une greffe néoplasique uréthrale.

Parmi les dix malades décédés de métastases sans récurrence locale (dont nous représentons le stade anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse dans le tableau I (figure 3))

- Cinq ont subi une radiothérapie post-opératoire à forte dose ;

le tableau suivant indiquant la survie en fonction du stade anatomo-pathologique:

OBSERVATIONS	STADE ANATOMO- PATHOLOGIQUE	SURVIE
1	D	2 mois
5	D	24 mois
18	D	12 mois
20	D	12 mois
31	D	9 mois

Ce qui représente pour ces malades une survie moyenne de douze mois.

- Cinq autres malades n'ont pas reçu de radiothérapie post-opératoire. (Le tableau suivant indiquant la survie en fonction du stade anatomo-pathologique)

OBSERVATIONS	STADE ANATOMO- PATHOLOGIQUE	SURVIE
6	B1	15 mois
12	B1 (?)	7 mois
13	C (?)	7 mois
16	B2	12 mois
22	C (?)	13 mois

(?) : Pas de curage ganglionnaire.

Ce qui représente une survie moyenne de 10,8 mois.

- Parmi les cinq malades décédés de récurrence locale, dont deux présentaient une greffe néoplasique uréthrale, la survie moyenne de ces malades est de douze mois ; s'échelonnant entre six et trente six mois. (Le tableau suivant indique la survie en fonction du stade anatomo-pathologique et de la présence ou non de radiothérapie post-opératoire).

OBSERVATIONS	STADE	RADIOTHERAPIE POST- OPERATOIRE	SURVIE
2	D	5000 rads	6 mois
8	C	5000 rads	6 mois
10	B (?)	0	7 mois
17	?	0	36 mois
25	D	0	6 mois

III Ac - la survie actuelle

Sur les trente six malades ayant passés le cap opératoire, vingt et un sont actuellement vivants (tableau I, figure 4) avec une moyenne de survie de 26 mois.

Il est à noter que sur ces vingt et un malades, sept sont vivants trois ans et plus après la cystectomie totale "BRICKER" ; et en connaissant l'évolutivité de ces tumeurs de vessie, on peut raisonnablement penser que ces malades peuvent être considérés comme guéris, OLIER C. (41).

Ces sept malades ont subi une cystectomie totale "BRICKER" plus curage ganglionnaire, et aucun ne présentait de ganglions envahis.

La stadification de ces malades se répartie ainsi :

- Un avait une lésion stérilisée par la radiothérapie (Observation n° 14).
- Quatre présentaient un stade B (Observation n° 24, 28, 30, 32).
- Un avait un stade A (Observation n° 3).
- Un avait un stade C (Observation n° 39).

Si nous étudions la survie actuelle en fonction du stade anatomique, nous avons :

STADE ANATOMO - PATHOLOGIQUE	VIVANTS	DECEDES	SURVIE
3 stérilisés	3	0	100 %
4 A	4	0	100 %
10 B	6	4	60 %
9 C	6	3	65 %
9 D	2	7	25 %

Si nous étudions maintenant la survie à un an en fonction du stade anatomo-pathologique, vingt neuf malades présentent un recul suffisant, et se répartissent ainsi :

STADE	VIVANTS	DECEDES	SURVIE
3 stérilisés	3	0	100 %
2 A	2	0	100 %
9 B	6	3	65 %
7 C	4	3	57 %
8 D	2	6	25 %

Nous manquons de recul pour envisager de façon statistique la guérison, (c'est à dire la survie à au moins trois ans sans signe de métastase ni de récurrence) en fonction de la pénétration tumorale;

seuls vingt et un dossiers sont exploitables, et les guérisons se répartissent ainsi:

STADE ANATOMO-PATHOLOGIQUE	NOMBRE DE MALADES	NOMBRE DE GUERISONS
D	7	0
C	4	1
B	8	4
A	2	2

Seuls les malades du groupe B, peuvent faire émettre un pourcentage de survie qui se situe au niveau de 50 %.

- ROQUEBLAVE (50) retrouve une survie à 25 % dans le groupe B

- CORDONNIER (10) retrouve 46 % de survie à cinq ans dans le groupe B, par cystectomie simple.

Quand à l'influence du sexe, nous n'avons que cinq femmes dans notre série:

- Deux sont actuellement vivantes, une à trois ans, l'autre à deux ans,

- Trois sont décédées à six, six, et sept mois:

Il est à remarquer que comme classiquement OLIER (41) le retard thérapeutique semble plus important chez la femme, puisque sur ces trois malades décédées, les temps écoulés entre le premier symptôme et l'intervention sont de trente six, quarante huit et cent vingt mois.

Globalement, c'est à dire sur les trente neuf malades de départ, la survie se répartie ainsi :

- 18 % de guérisons
- 28 % de survie à deux ans
- 56 % de survie à un an.

Si l'on exclut les trois malades décédés dans les suites immédiates, la survie se répartit ainsi :

- 20 % de guérisons
- 30 % de survie à deux ans
- 58 % de survie à un an.

III B - LES COMPLICATIONS

Nous envisagerons tout d'abord les complications per-opératoires, puis les complications opératoires précoces, enfin les complications opératoires tardives.

Nous entendons par complications ; les complications liées au geste chirurgical, et à ses conséquences ; en excluant les complications liées à l'évolution de l'affection.

III Ba - LES COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

Nous ne ferons que citer les blessures accidentelles de l'axe iliaque au cours de l'intervention, ces blessures nécessitant leur suture hémostatique immédiate, en soulignant quand même la difficulté d'hémostase pouvant survenir après une blessure des vaisseaux fessiers.

La seule complication que nous retiendrons sur notre série, est la plaie accidentelle du rectum :

Nous en relevons deux cas (Observation n° 36 et n° 4)

Dans les deux cas, le traitement a été la suture de la plaie rectale, avec confection d'un anus de décharge.

L'un des deux malades (Observation n° 4) est décédé dans les suites immédiates, par fistule du grêle et choc septique ; l'autre malade (Observation n° 36) a été remis en circuit quatre mois plus tard, et va bien actuellement.

On peut discuter la légitimité de la confection d'un anus de décharge en cas de plaie minime :

En Effet, si cet anus représente une sécurité ; il est un lourd handicap pour le malade, qui se retrouve avec deux stomies, et dans ces cas là, comme le notait R. COUVELAIRE en 1967 (11), on peut envisager la création d'une néovessie rectale et l'abaissement en avant du colon gauche.

III Bb - LES COMPLICATIONS OPERATOIRES PRECOSES

Il s'agit des complications qui apparaissent dans les suites immédiates du geste chirurgical.

Les complications précoces sont dominées par deux grandes causes :

- Les occlusions.
- Les fistules (digestives et urinaires).

Nous envisagerons ensuite le retentissement rénal immédiat de la dérivation type "BRICKER", et nous citerons enfin des complications diverses non spécifiques à ce genre de chirurgie.

Globalement, il est à noter que sur trente neuf malades, treize ont présenté une ou plusieurs complications, mais on relève la présence de dix sept complications post-opératoires se répartissant ainsi :

- Trois occlusions précoces.
- Trois fistules digestives de l'anastomose iléo-iléale.
- Six fistules urinaires.
- Cinq complications diverses, non spécifiques à ce type d'intervention.

1/ Les occlusions précoces

Nous excluons ici les reprises tardives du transit, qui sont très fréquentes dans ce type d'intervention, et qui nécessitent en per-opératoire la mise en place d'une bonne vidange gastrique ; en soulignant l'intérêt de la gastrostomie, mieux supportée que la sonde naso-gastrique.

Ces reprises tardives du transit ont des causes diverses :

- Le délabrement pelvien dû à la cystectomie et au curage ganglionnaire.
- Les manipulations digestives pour la réalisation du greffon iléal.
- Les décollements coliques.
- L'impossibilité d'une péritonisation parfaite.

Dans notre série, nous retrouvons trois occlusions vraies post-opératoires, soit une fréquence de 7,8 % ; OLIER (40), retrouve sur trente "BRICKER" 6 % d'occlusions précoces.

Parmi ces trois occlusions, aucune n'a la même étiologie :

- Observation n° 7

Occlusion du grêle par incarceration d'anses derrière le greffon iléal : Reprise au douzième jour ; libération laborieuse du grêle, le malade décédera huit jours plus tard, dans un tableau septicémique.

- Observation n° 16

Occlusion révélatrice d'un lâchage de l'anastomose iléo-iléale : Reprise chirurgicale au huitième jour ; entérolyse, réfection de l'anastomose iléo-iléale, Noble, dont l'évolution sera favorable.

- Observation n° 14

Occlusion du colon qui sort un peu du cadre puisqu'il s'agissait d'une sténose sigmoïdienne radiothérapique qui a été vue lors de la cystectomie, mais laissée en place , ce qui entrainera une occlusion au seizième jour post-opératoire, traitée par anus transverse, et qui évoluera favorablement.

Si l'on exclu cette dernière occlusion un peu particulière, deux malades ont présenté une véritable occlusion post-opératoire, ce qui fait moins de 6 %, mais avec un décès sur deux malades.

2/ Les fistules digestives

Dans notre série, nous retrouvons trois fistules de l'anastomose iléo-iléale, soit 7,8 %, dont deux ont entraîné le décès post-opératoire ; la troisième s'est révélée par un syndrome occlusif péritonéal que nous avons également précédemment comptabilisé dans les occlusions.

Il est à noter, que chez deux de ces malades, s'associait également une fistule urinaire.

On peut être surpris du nombre important de ces fistules du grêle, mais nous notons que ces trois malades avaient reçu une radiothérapie pré-opératoire à forte dose, qui dans un cas d'ailleurs a été mal supportée puisque l'on a dû arrêter les irradiations.

Nous allons envisager quelles ont été les modalités thérapeutiques chez ces malades :

- Observation n° 4

Apparition dans les suites de la cystectomie totale "BRICKER" d'une fistule du grêle, avec désunion pariétale et syndrome septicémique grave, nécessitant la mutation en service de Réanimation, où le malade décèdera trois mois plus tard dans un tableau septicémique irrécupérable.

Ce malade avait reçu une irradiation pré-opératoire de 2700 rads.

Il est à noter également au cours de la cystectomie une plaie rectale traitée par suture et anus iliaque gauche.

- Observation n° 16 (Cf. Chapitre - Les occlusions précoces)

Il est à noter que ce malade a reçu une cobaltothérapie pré-opératoire mal tolérée, ce qui va nécessiter l'arrêt des irradiations.

- Observation n° 26

Au cinquième jour post-opératoire, apparition d'une fistule du grêle à haut débit, extériorisée par la médiane, nécessitant une reprise chirurgicale au septième jour : Désunion de l'anastomose iléo-iléale, petite résection du grêle, réfection de l'anastomose iléo-iléale, sous couvert d'une iléostomie de décharge.

Le malade décèdera dans un tableau septique grave, vraisemblablement lié à un nouveau lâchage de suture.

Nous voyons déjà quel intérêt particulier doit être porté au rétablissement de la continuité iléale, d'autant que l'intervention aura été précédée d'une radiothérapie à forte dose.

En effet, dans notre série, sur sept malades ayant reçu une irradiation pré-opératoire à forte dose, trois ont fait une fistule du grêle, soit 43 % ; alors que chez les trente deux autres n'ayant subi aucune radiothérapie pré-opératoire, ou ayant simplement eu un flash de 400 rads la veille de l'intervention ; on ne retrouve aucune fistule du grêle.

Nous reviendrons sur ce problème au niveau des commentaires sur la radiothérapie pré-opératoire.

3/ Les fistules urinaires

Nous relevons dans notre série, six fistules urinaires, soit un peu moins de 17 % (d'autres statistiques font état d'une fréquence de 2 à 20 % (43)).

En fait, dans ces six cas, il s'agissait de fuites urinaires minimes et précoces qui s'extériorisaient soit par les drains, soit par la médiane.

Ces fuites urinaires minimes ont guéries spontanément en quelques jours et aucune n'a nécessité de réintervention.

A noter que toutes nos fistules ont été précoces et minimes et que HENSLE (19) insiste sur la gravité des fistules tardives avec 50 % de mortalité.

Sur ces six malades ayant présenté une fistule urinaire, trois avaient subi une irradiation pré-opératoire à forte dose, soit 50 % sur les trente trois autres malades n'ayant pas été irradiés ou ayant subi seulement un flash de 400 rads la veille de l'intervention ; nous ne retrouvons que trois fistules urinaires, soit environ 9 %.

On peut remarquer que ces proportions sont à peu près identiques à celles des fistules digestives.

Par ailleurs, nous notons que sur les six malades ayant présenté une fistule urinaire, les six étaient porteurs de sondes urétérales post-opératoires, et que chez deux de ces malades, la fistule s'est tarie à l'ablation des sondes urétérales.

Il apparait donc que la mise en place de sondes urétérales ne joue aucun rôle sur l'apparition des fistules urinaires. En effet, sur vingt cinq malades porteurs de sondes urétérales :

- Six ont fait une fistule urinaire, soit 24 %.

Sur quatorze malades non porteurs de sondes urétérales, on ne retrouve aucune fistule.

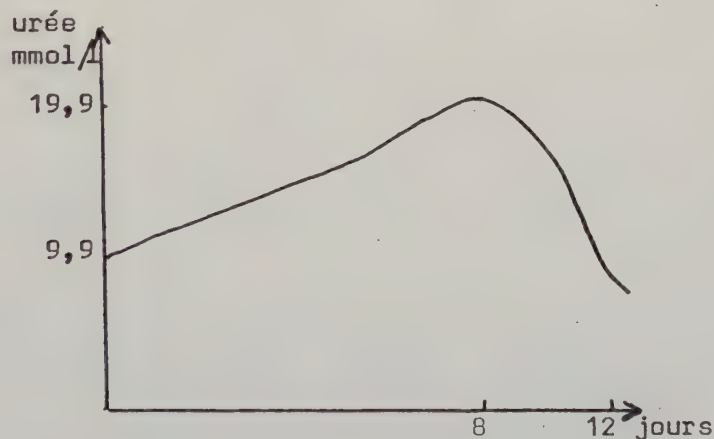
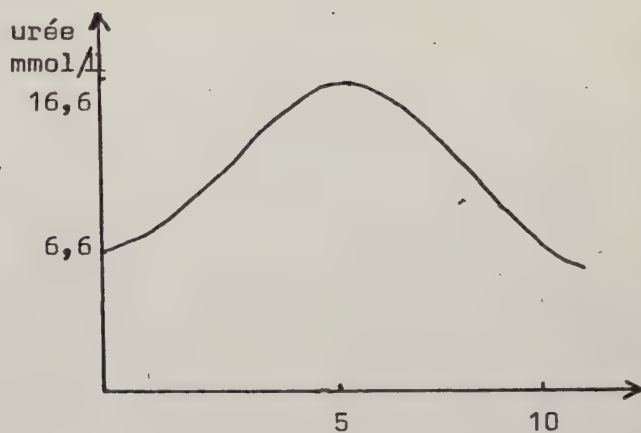
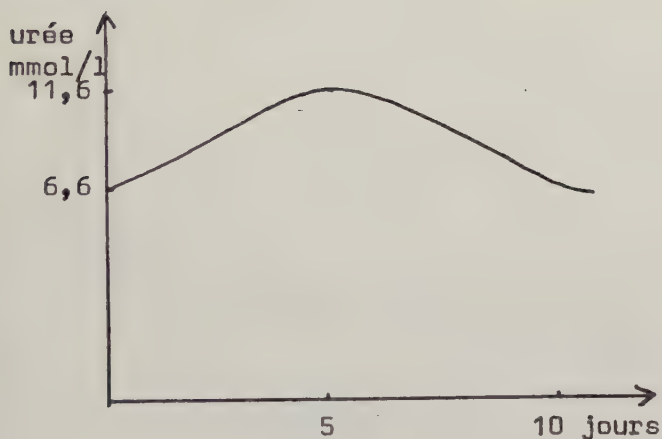
Mais en fait, ces chiffres sont à interpréter. En effet, ce sont chez les malades les plus anciennement opérés que l'on retrouve la mise en place presque systématique de sondes urétérales et que, à cette époque, la qualité du matériel de suture était inférieure à ce qu'elle est actuellement.

D'autre part, lorsqu'elle n'était pas systématique, la mise en place de sondes urétérales s'adressait aux malades qui présentaient un retentissement sur le haut appareil, avec un état d'infection chronique : L'anastomose urétéro-iléale se trouvait alors dans une atmosphère beaucoup plus favorable à la fistulisation.

4/ Le retentissement rénal immédiat

Nous ne ferons que citer la présence d'une pyélonéphrite post-opératoire, qui a bien guéri sous antibiotiques, chez un malade qui présentait une infection importante dans le haut appareil en pré-opératoire.

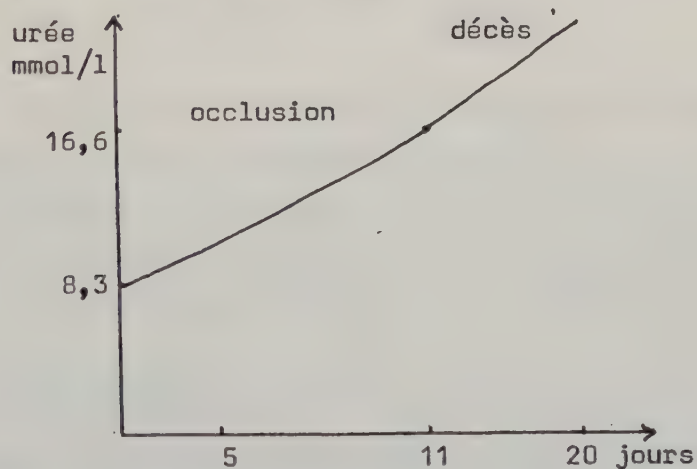
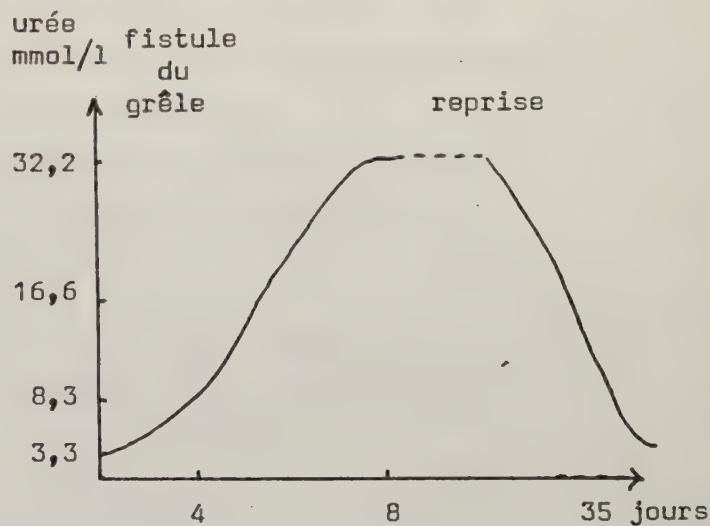
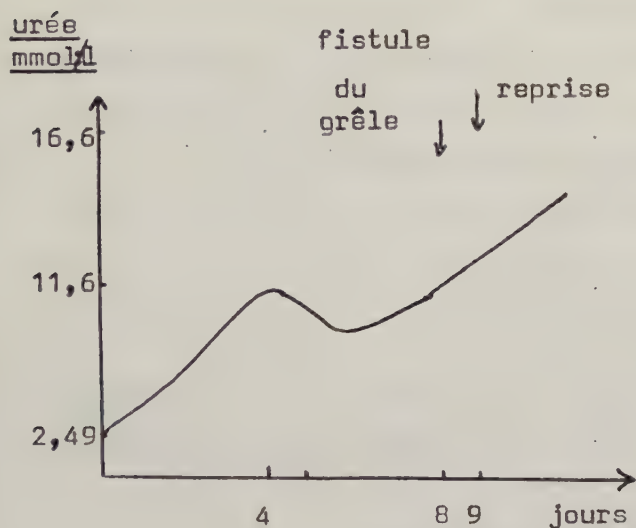
Nous avons suivi quotidiennement le taux de l'urée sanguine chez les malades ayant subi une cystectomie totale " BRICKER " ; nous reproduisons ci-dessous les trois courbes les plus représentatives de l'urémie sanguine en fonction de la date post-opératoire.



Toutes les courbes se rapprochent plus ou moins de ce schéma : à savoir qu'il existe entre le troisième et le huitième jour post-opératoire une montée du taux de l'urée sanguine, ce taux se normalisant entre le cinquième et le douzième jour.

Cette augmentation du taux de l'urée est variable : faible ou importante, mais toujours constante, sans doute en relation avec l'oedème post-opératoire des anastomoses urétéro-iléales, et également avec un relatif état d'insuffisance rénale aigue post-opératoire.

Toute augmentation du taux de l'urée après le pic, signe la présence d'une complication.



Ces trois courbes sont très caractéristiques :

- Dans le premier cas , après l'inflexion , la courbe est remontée :

Il est à noter que l'examen de cette courbe pouvait laisser supposer la survenue d'une complication au moins vingt quatre heures avant l'extériorisation de la fistule du grêle .

- Dans les deux autres cas, l'inflexion caractéristique après le pic, n'est pas survenue.

5/ Les complications diverses

Elles sont au nombre de cinq.

- Deux phlébites post-opératoires guéries sans complications par le traitement anti-coagulant.

- Deux hémorragies digestives :

. Un méléna isolé, vraisemblablement lié à une hémorragie au cours de la confection de l'anastomose iléo-iléale,

. Un malade présentant des hématémèses et des mélénas au troisième jour post-opératoire ; l'endoscopie va révéler la présence d'une oesophagite et d'une gastrite importante guérissant sous traitement médical, en soulignant ici la nocivité de la sonde naso-gastrique.

- Une pneumopathie grave, avec encombrement pulmonaire majeur, apparaissant dans les suites immédiates (intubation ?) nécessitant la mutation en service de Réanimation, où les broncho-aspirations et l'antibiothérapie intensive amèneront une évolution favorable.

En fait, toutes ces complications ne sont pas spécifiques à la cystectomie totale "BRICKER", pouvant se rencontrer dans toute chirurgie lourde avec sa iatrogénie habituelle.

III Bc - LES COMPLICATIONS TARDIVES

On entend par complications tardives, les complications étant survenues après le départ du malade du service.

Ces complications tardives sont dominées par les occlusions ; nous envisagerons ensuite le problème des sténoses urétérales, et enfin nous verrons les complications pariétales, et au niveau de la stomie.

1/ Les occlusions

Dans notre série, quatre malades ont présenté une occlusion tardive, ce qui représente une fréquence voisine de 11 % .

- Observation n° 17

Apparition d'un syndrome occlusif, dix huit mois après la cystectomie totale "BRICKER" par récurrence pelvienne qui va entraîner le décès.

- Observation n° 5

Occlusion aigue du grêle dix mois après la cystectomie totale "BRICKER" : Reprise, il s'agit d'une incarceration de la dernière anse grêle

dans le pelvis, traitée par anastomose iléo-transverse dont les suites seront simples et l'évolution favorable.

- Observation n° 32

Occlusion aigue du grêle, quatre ans après la cystectomie totale "BRICKER ; reprise : Il s'agit d'une incarceration de la dernière anse grêle derrière le greffon iléal, traitée par une anastomose iléo-iléale au pied de l'anse incarcérée. Les suites seront simples, et l'évolution favorable.

- Observation n° 31

Occlusion aigue du grêle, huit mois après la cystectomie totale "BRICKER" ; reprise : Il s'agit d'une incarceration de la dernière anse grêle dans le pelvis, traitée par anastomose iléo-transverse, dont les suites seront simples et l'évolution favorable.

Si nous excluons la première observation qui n'est pas à proprement parler une complication opératoire, puisqu'il s'agit d'une récurrence locale, les trois autres malades qui ont présenté une occlusion aigue ont favorablement évolués.

La survenue de ces occlusions pose leur problème préventif : Il s'agissait toujours d'un défaut de péritonisation ; sujet sur lequel nous reviendrons dans le chapitre des commentaires.

La conduite à tenir face à ces occlusions semble actuellement clair ; plutôt que de tenter une libération du grêle, longue et dangereuse, il est préférable de rester à distance du "foyer occlusif", en zone saine pour pratiquer une dérivation interne, simple, d'exécution rapide et qui ne va pas nécessiter de grandes libérations.

2/ Les sténoses urétérales

Leur fréquence est difficile à apprécier, en effet, comme nous allons le voir, un certain nombre de malades vont présenter dans les suites une urétéro-hydronephrose, qui peut être le témoin d'une sténose urétérale, mais qui est parfois liée à un autre facteur : Reflux, coudure de l'uretère, récurrence néoplasique.

Par ailleurs, certains malades qui présentent une urétéro-hydronephrose post-opératoire vont voir cette dernière s'aggraver, dans d'autres cas, cette urétéro-hydronephrose ne va pas évoluer et enfin dans certains cas, cette urétéro-hydronephrose va même régresser : Il est difficile d'envisager dans ces cas là une sténose urétérale.

Certains malades présentant une urétéro-hydronéphrose ou un rein muet pré-opératoire en relation avec la tumeur de vessie, vont voir leur lésion persister mais dans ces cas-là, il est également très difficile de faire la part de la sténose urétérale.

Il nous a donc semblé préférable de faire le bilan des anastomoses iléo-urétérales en comparant les urographies intra-veineuses pré-opératoires et les urographies intra-veineuses pratiquées secondairement entre le deuxième mois et plusieurs années. (tableau II, III et IV)

Nous éliminons ici les trois malades décédés dans les suites immédiates :

- Dix huit malades avaient une urographie intra-veineuse pré-opératoire normale, soit 50 % ; sur ces malades, quatorze ont une urographie intra-veineuse post-opératoire inchangée et quatre ont une urographie intra-veineuse post-opératoire aggravée.

- Dix huit malades présentaient une anomalie à l'urographie intra-veineuse pré-opératoire, soit urétéro-hydronéphrose unie ou bilatérale, soit un rein muet, sur ces dix huit malades :

- Cinq ont une urographie intra-veineuse post-opératoire inchangée.

- Treize ont une urographie intra-veineuse post-opératoire améliorée.

Donc au total, si dix huit malades avaient au départ une urographie intra-veineuse normale, nous retrouvons vingt sept malades avec une urographie intra-veineuse normale ou subnormale.

A l'inverse, dix huit malades présentaient des anomalies importantes à l'urographie intra-veineuse pré-opératoire, nous retrouvons seulement neuf malades présentant une anomalie urographique.

Là aussi, comme au niveau des fistules urinaires, il semble que la mise en place de sondes urétérales, n'influe pas sur la survenue ou non d'une sténose urétérale.

En effet :

- Sur vingt trois malades porteurs de sondes urétérales :

- * Onze avaient une urographie intra-veineuse pré-opératoire normale,

- Sept sont inchangées,

- Quatre sont perturbées.

- * Douze avaient une urographie intra-veineuse pré-opératoire perturbée,

- Sept sont améliorées,

- Cinq sont inchangées.

TABLEAU II

P : POSITIF N : NEGATIF I : INCHANGE <u>AVEC SONDES URETERALES</u>			
N° OBS.	U.I.V - PRE-OPERATOIRES	U.I.V - POST-OPERATOIRES	BILAN
2	G : MUET D : U.H.N.	G : NORMALE D : U.H.N	P
3	G : U.H.N D : NORMALE	G : NORMALE D : NORMALE	P
5	NORMALE	G : U.H.N. D : MUET	N
8	G : MUET D : NORMALE	NORMALE	P
10	NORMALE	NORMALE	I
12	NORMALE	NORMALE	I
13	G : NORMALE D : MUET	G : NORMALE D : MUET	I
14	G : U.H.N D : U.H.N	NORMALE	P
15	NORMALE	D : NORMALE G : U.H.N	N
16	NORMALE	NORMALE	I
17	G : U.H.N D : NORMALE	G : U.H.N D : NORMALE	I
19	G : NORMALE D : U.H.N	G : NORMALE D : U.H.N	I
20	NORMALE	NORMALE	I
22	G : NORMALE D : MUET	G : NORMALE D : MUET	I
24	G : NORMALE D : U.H.N	NORMALE	P
27	G : NORMALE D : MUET	G : NORMAL D : MUET	I
28	NORMALE	NORMALE	I
29	G : NORMALE D : U.H.N	NORMALE	P
30	G : MUET D : NORMALE	NORMALE	P
31	NORMALE	G : U.H.N	N
32	NORMALE	NORMALE	I
35	NORMALE	G : U.H.N D : U.H.N	N
39	NORMALE	NORMALE	I

P : POSITIF
N : NEGATIF
I : INCHANGE

SANS SONDES URETERALES

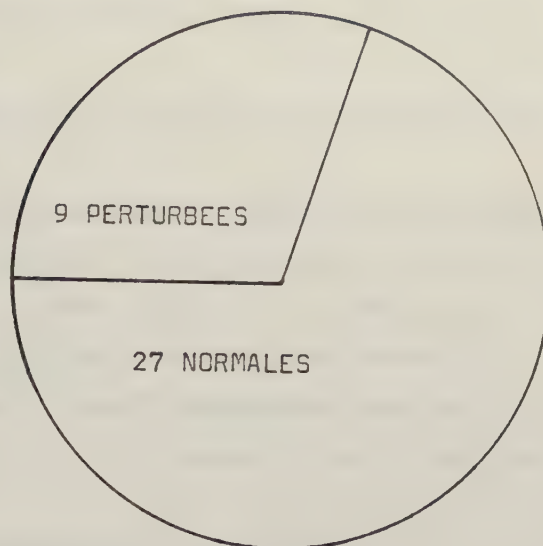
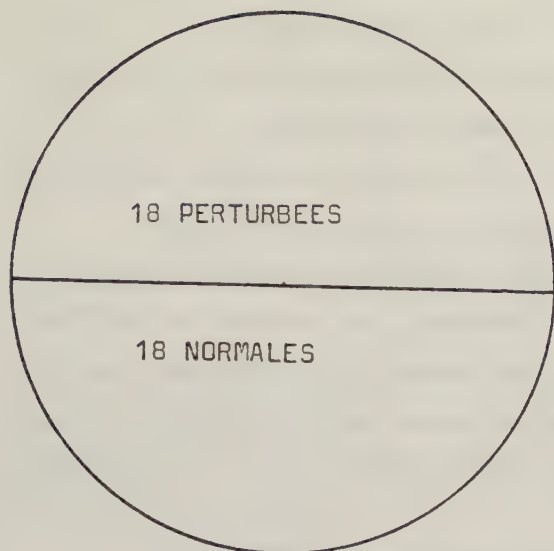
OBS N°	U.I.V PRE - OPERATOIRE	U.I.V. POST-OPERATOIRE	BILAN
1	NORMALE	NORMALE	I
6	NORMALE	NORMALE	I
9	NORMALE	NORMALE	I
11	NORMALE	NORMALE	I
18	G : NORMALE D : U.H.N	G : NORMALE D : NORMALE	P
21	NORMALE	NORMALE	I
23	G : NORMALE D : U.H.N	NORMALE	P
27	G : U.H.N. D : U.H.N	NORMALE	P
33	G : NORMALE D : MUET	NORMALE	P
34	NORMALE	NORMALE	I
36	G : U.H.N. D : U.H.N.	NORMALE	P
37	G : H.H.N D : NORMALE	NORMALE	P
38	NORMALE	NORMALE	I

TABEAU III

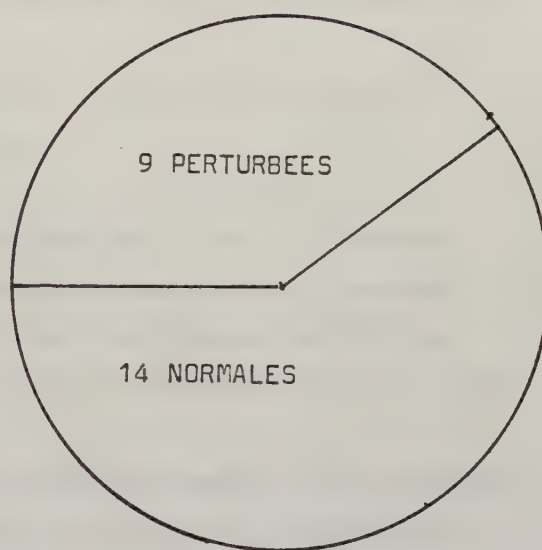
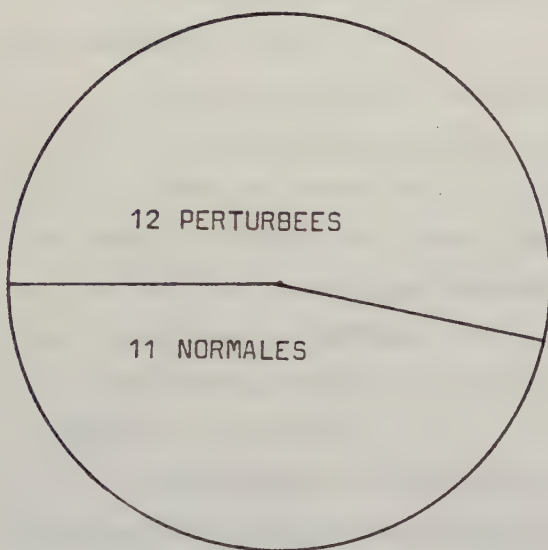
GLOBALEMENT

U.I.V PRE - OP

U.I.V POST - OP



AVEC S.U



SANS S.U.

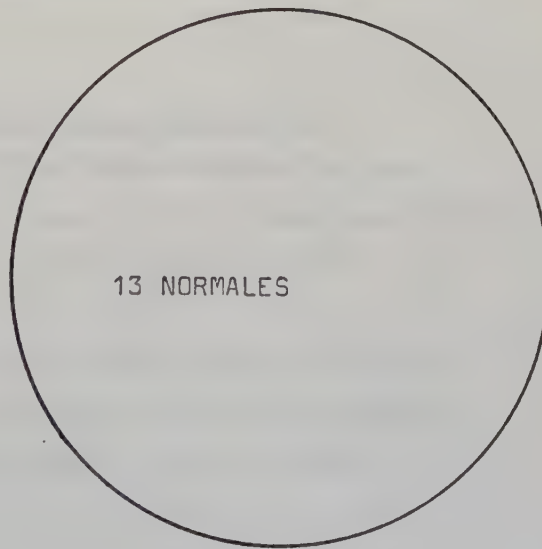
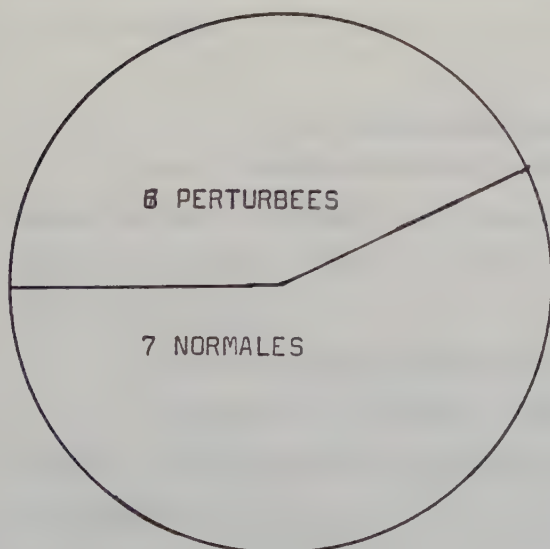


TABLEAU 4

- Sur treize malades non porteurs de sondes urétérales :

- Sept avaient une urographie intra-veineuse pré-opératoire normale ; les sept sont inchangés.

- Six avaient une urographie intra-veineuse pré-opératoire perturbée ; les six sont améliorées.

Par ailleurs, on ne retrouve pas dans cette série la plus grande fréquence théorique d'urétéro-hydronéphrose gauche post-opératoire du fait de la coudure de l'uretère sous le mésosigmoïde ; en effet, sur dix huit malades qui avaient une urographie intra-veineuse normale, quatre sont perturbées dans les suites ; deux bilatérales dont une symétrique et une prédominant à droite ; une à gauche et une à droite.

3/ Les complications pariétales

Les complications pariétales tardives sont représentées par les éventrations.

Dans notre série, nous retrouvons quatre éventrations :

- Trois au niveau de la médiane,

- Une au niveau de la stomie,

que nous reverrons au niveau des complications liées à la stomie.

Sur les trois éventrations médianes, deux avaient présenté une supuration pariétale, dans les suites immédiates, dont l'un avec une petite fistule urinaire, le dernier en était à la troisième reprise de sa médiane.

Deux malades ont été réopérés entre le premier et le troisième mois pour la cure de cette éventration, avec un bon résultat dans ces deux cas, le troisième n'a pas été réopéré, étant décédé assez rapidement.

4/ Les complications au niveau de la stomie

Nous éliminons de cette étude les trois malades qui sont décédés dans les suites opératoires ; nous étudions donc les évolutions des iléostomies sur trente six malades ayant survécu à l'intervention :

- Quinze malades étaient porteurs d'une iléostomie plate,

- Vingt et un malades étaient porteurs d'une iléostomie en trompe dont un selon la technique de TURNBULL de "Loop end ileostomy" (54)

Un certain nombre de malades sont parfaitement bien adaptés à leur stomie et ne présentent aucun ennui à son niveau :

- Pour les quinze malades porteurs d'une iléostomie plate, neuf ne présentent aucun ennui au niveau de la stomie, soit 60 % de bons résultats.

- Parmi les vingt et un malades porteurs d'une iléostomie en trompe, quinze ne présentent aucun ennui au niveau de leur stomie, soit 70 %.

Nous sommes loins des chiffres d'OLIER (40) qui donne 97 % de bons résultats dans l'intervention "BRICKER" ; mais il semble que les complications ou les ennuis liés à la stomie n'ont pas été pris en ligne de compte.

Globalement, douze malades supportent mal leur stomie ou ont présenté une complication à son niveau, mais en fait, quatre ont nécessités une réintervention :

- Deux sténoses,
- Un prolapsus sous-cutané sur éventration au niveau de la stomie,
- Une iléostomie plate dans la médiane et inappareillage.

* Les sténoses

Elles semblent avoir des origines tout à fait différentes ; en effet, l'une est survenue précocément dans les deux mois qui ont suivi l'intervention (observation n° 37) ; tandis que l'autre est survenue cinq ans après l'intervention (observation n° 39).

Dans le premier cas (stomie en trompe), il semble que la sténose soit liée à une ischiémie de l'extrémité de la trompe, soit par traction trop importante (intérêt ici de la "Loop end ileostomy" de TURNBULL ou du procédé de DAVID, Ehrlich (16)), soit par résection mésentérique trop poussée.

Dans le deuxième cas (stomie plate), se sont les lésions cutanées de papillomatose qui ont créés une rétraction de l'orifice cutané de la stomie.

Ces deux malades ont subi une réfection de leur iléostomie avec confection d'une nouvelle trompe : Ces deux malades sont actuellement bien appareillés.

La fréquence des sténoses dans notre série est d'environ 5 %, MOONEN (38) rapporte 0% par contre NAURATIL (39) comptabilise 10 % de sténoses.

* Le prolapsus sous-cutané de la trompe

Il était lié à une éventration au niveau de la stomie, vraisemblablement due à une ouverture pariétale trop importante (Observation n° 21). Le malade a été repris sept mois plus tard : Désinsertion du greffon iléal, cure de l'éventration, réfection de la trompe au niveau de l'ombilic.

Actuellement, cette stomie est bien supportée et ne présente pas de difficulté d'appareillage.

* Une iléostomie plate inappareillable

Cette iléostomie avait été confectionnée dans la médiane et s'est avérée inappareillable avec des fuites urinaires permanentes et des lésions cutanées.

Reprise cinq mois plus tard avec confection d'un nouveau greffon iléal extériorisé en trompe dans la fosse iliaque droite.

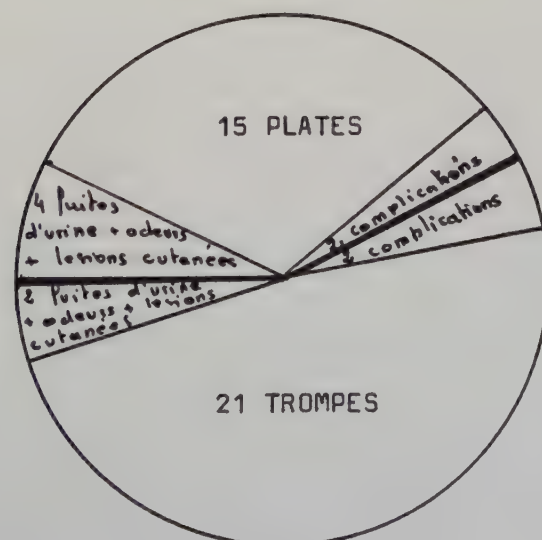
Depuis cette réintervention, il n'existe plus de problème au niveau de la stomie (Observation n° 19).

Nous signalerons un malade qui a présenté un prolapsus muqueux de la bouche au cours d'un effort ; trois mois après l'intervention. Ce prolapsus a été réduit manuellement et n'a pas récidivé (Observation n° 9).

Un malade (Observation n° 15) porteur d'une trompe avec fuites d'urines importantes a vu ses ennuis disparaître en remplaçant les urétéroplasts par un appareillage à ceinture !

Parmi les six malades présentant actuellement ce que l'on pourrait appeler "les petites misères" (fuites d'urine, odeurs, lésions cutanées) de l'iléostomie ; quatre sont porteurs d'une iléostomie plate, soit 22 % et deux sont porteurs d'une trompe, soit 10 %.

Ces différents résultats sont consignés dans le tableau suivant.



On retrouve donc ici la supériorité de l'iléostomie en trompe sur l'iléostomie plate comme l'ont souligné de nombreux auteurs :

JETER (20) , ROWBOTHAM (51) , MARKLAND (32) , MC EVAN (35) ;

Mais certains chirurgiens, surtout chez l'enfant (MALEK (33)) restent fidèles à la stomie plate telle que l'avait décrite BRICKER (6).

Nous ne ferons que citer les deux greffes néoplasiques sur la trompe (observations n° 5 et 18), qui s'associaient à d'autres métastases et ne sont pas à proprement parler des complications liées à la stomie :

ces greffes semblant dues à la mobilisation de cellules néoplasiques dans le circuit urinaire, lors de la manipulation chirurgicale de la vessie.

Nous ne retrouvons pas dans notre série (courte il est vraie) les complications rares mais classiques telles que :

- la nécrose complète du greffon (RETIK (45))
- la lithiase du greffon (ASSADNIA (2) , RITCHIE (49)).

COMMENTAIRES

La vue de ces différents résultats nous amène à quelques commentaires, pour essayer de définir un nouveau protocole thérapeutique, de manière à faire face ou à minimiser les complications liées au traitement et à essayer d'améliorer les résultats actuels.

Ces commentaires portent tant sur la démarche diagnostique que sur l'action thérapeutique.

IV - LES COMMENTAIRES

IV A - SUR LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

IV Aa -

La première remarque qu'il convient de faire sur ces différentes observations est que le diagnostic et par la même action thérapeutique ont été tardifs ; en effet comme nous l'avons dit le délai moyen entre le premier symptôme et l'intervention a été de dix huit mois (délai que l'on retrouve dans des séries plus longues, ROQUEBLAVE (50)).

Par ailleurs, dix neuf malades présentaient avant l'intervention une urographie intra-veineuse perturbée avec retentissement sur le haut appareil : soit près de 50 % ; OLIER (41) retrouve dans sa série deux tiers d'urographies pré-opératoires perturbées.

Enfin, nous trouvons quatre malades qui présentaient déjà une infiltration aux touchers pelviens.

Les symptômes ayant amenés le diagnostic sont très stéréotypés :

il s'agit toujours d'hématuries plus ou moins associées à des symptômes d'irritation vésicale.

La première action doit porter sur le raccourcissement de ces délais:

- que les patients soient adressés le plus tôt possible à l'urologue, après le début des symptômes, en rappelant que la cause la plus fréquente d'hématuries chez l'homme est la tumeur de vessie

- que également l'urologue ne multiplie pas indéfiniment les résections endoscopiques pour des récurrences hématuriques multiples dans les cancers de groupe A (stadification toujours sujette à caution comme nous allons le voir).

Le raccourcissement des délais diagnostics doit bénéficier maintenant de l'apport de la cytologie urinaire, soit classique, soit en fluorescence (MARTINEZ PINEIRO (34)).

Nous n'avons dans notre série que sept malades ayant eu une cytologie urinaire pré-opératoire :

- Un malade présentait une cytologie négative
- Deux malades présentaient des éléments suspects à contrôler
- Quatre malades présentaient une cytologie positive, et plus, pour l'un de ces quatre malades (Observation n° 31) c'est la cytologie qui a poussé à rechercher le cancer, en effet, cystoscopiquement on s'orientait vers une histoire de cystite hématurique et la positivité de la cytologie a poussé à pratiquer des biopsies qui ont montrée la présence d'un cancer infiltrant.

IV Ab -

La deuxième remarque que l'on peut faire au niveau de la démarche diagnostique est la difficulté pour la stadification exacte de ces tumeurs de vessie, or c'est cette stadification qui va conditionner les modalités thérapeutiques.

Sur onze malades ayant eu une biopsie pré-opératoire non suivie de radiothérapie, seulement quatre résultats concordent avec l'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse : soit bien plus de 50 % d'erreurs toujours par défaut . WITHMORE (60) retrouve 31 % d'erreurs dans le groupe superficiel et 18 % dans le groupe profond.

Ces biopsies, pratiquées à l'anse électrique provoquent la nécrose par brûlure et la destruction d'une partie des cellules expliquant pour une part les erreurs dans la stadification pré-opératoire : on peut donc se demander si certains malades classés dans le groupe A aux vues de la biopsie et traités par résection endoscopique ne sont pas en fait des groupes B ou C qu'il faudrait traiter par cystectomie totale.

Actuellement ces biopsies sont pratiquées à la pince ce qui semble minimiser le risque d'erreurs.

Enfin un dernier problème se pose pour l'établissement pré-opératoire des malades du groupe D , en effet, en dehors des cas où le toucher pelvien montre une infiltration cette stadification est pratiquement impossible avant l'intervention : la lymphographie n'étant positive qu'en cas d'envahissement ganglionnaire très important :

ganglions iliaques externes ou ganglions au dessus de la bifurcation aortique (TURNER (55)).

Par ailleurs , du fait de la fréquence de métastases osseuses, il semble qu'il faille pratiquer systématiquement une scintigraphie osseuse devant tout cancer de vessie (seuls les deux derniers malades de notre série ont eu cette scintigraphie, qui était normale).

IV B - SUR LA DEMARCHE THERAPEUTIQUE

IV Ba - Sur la radiothérapie

1/ Sur la radiothérapie pré-opératoire

De nombreux auteurs sont unanimes pour souligner l'intérêt de la radiothérapie pré-opératoire dans le traitement des cancers de vessie :

- CAMEY (8) sur une série de trente deux malades, relève que les six qui ont survécu deux ans avaient tous reçus une radiothérapie pré-opératoire de 7000 rads, qui d'ailleurs, chez certains malades a été abaissée à 3500 rads du fait de lâchage de sutures.

- WITHMORE (59) comparant deux séries constate que la survie passe de 20 à 40 % dans les groupes B et C avec la radiothérapie pré-opératoire.

- VAN DER WERF - MESSING (57) remarque sur une série de cent trente et un malades que l'irradiation pré-opératoire diminue dans 60 % des cas l'infiltration pelvienne.

Nous avons vu au chapitre des complications que dans notre série, la radiothérapie à forte dose en pré-opératoire a été semble t-il pour une grande part responsable de complications graves (trois fistules du grêle, dont deux mortels et 50 % de fistules urinaires chez les malades irradiés à forte dose en pré-opératoire, et seulement 9 % chez les autres).

RICHES (46) soulignait déjà en 1963 huit complications opératoires précoces graves par fistule digestive ou occlusion sur vingt et un "BRICKER" irradiés.

Dans notre série, neuf malades ont subi une radiothérapie à forte dose en pré-opératoire :

- Un à un recul insuffisant (cinq mois),
- Deux sont décédés dans les suites immédiates par fistule digestive dont la radiothérapie semble pour une grande part responsable,
- Trois sont décédés avec des métastases à six, sept et douze mois,
- Trois malades ont vu leurs lésions stérilisées par la radiothérapie ; les trois étaient des stades A.

Il est intéressant de noter que sur ces neuf malades ayant reçu une irradiation pré-opératoire à forte dose, aucun n'a présenté de récurrence pelvienne, alors que le pourcentage de métastases est identique avec ou sans radiothérapie pré-opératoire, ce que soulignait WITHMORE (61) en 1977.

Enfin, nous remarquons que sur les malades ayant présenté une greffe néoplasique sur l'appareil urinaire (ou le néo appareil urinaire) ; deux greffes sur l'urètre et deux greffes sur la trompe ; aucun n'avait subi de radiothérapie pré-opératoire.

Il semble donc à cet égard que la radiothérapie pré-opératoire soit utile pour éviter la dissémination per-opératoire des cellules néoplasiques dans le tractus urinaire.

Si la radiothérapie pré-opératoire semble indispensable, les complications parfois mortelles que nous avons enregistrées dans notre série ont fait modifier la dose radiothérapique pré-opératoire : Plutôt que d'étaler une forte dose sur quelques semaines, nous faisons pratiquer la veille de l'intervention un flash de 400 rads, centré sur la zone vésicale.

Nous manquons de recul pour juger de l'efficacité de cette irradiation mais nous remarquons dès maintenant, que sur tous les malades ayant subis ce flash, aucun n'a présenté de complications post-opératoires graves (dix malades).

2/ Sur la radiothérapie post-opératoire

Sur dix malades décédés de métastases, comme nous l'avons vu au chapitre de la mortalité, cinq ont reçu une radiothérapie post-opératoire à forte dose ; la survie moyenne de ces malades a été de douze mois ; les cinq autres n'ont pas reçu de radiothérapie ; ce qui représente une survie moyenne de 10,8 mois.

Parmi les cinq malades décédés de récurrence locale, la survie moyenne est de douze mois ; deux ont reçu une radiothérapie post-opératoire ; leur survie a été de six mois.

Cette radiothérapie post-opératoire semble donc inefficace, ce que paraît démontrer de beaucoup plus longues séries (LANGES (28) - ROQUEBLAUE (50)).

Par ailleurs, il faut souligner que ces séances sont très astreignantes pour le malade, que d'autre part la tolérance n'est pas toujours bonne avec en particulier l'apparition de rectites s'ajoutant encore à l'inconfort de la survie du malade. Par contre la radiothérapie garde son rôle antalgique en particulier sur les métastases osseuses.

IV 8b - Sur la technique chirurgicale

Nous décrirons tout d'abord la technique chirurgicale employée actuellement : La cystoprostatectomie totale plus lymphadénectomie, rétablissement de la continuité urinaire par urétérostomie cutanée transiléale pour discuter ensuite certains points particuliers.

1/ La technique chirurgicale

Après formolisation de la vessie, l'incision est une laparotomie médiane sous ombilicale plus ou moins prolongée au dessus de l'ombilic, décalée à gauche sur la peau, de manière à laisser libre la région du futur appareillage (l'orifice de la stomie aura été repéré auparavant sur le malade en position debout, assise et couchée, à distance de tout relief osseux et de tout pli cutané ; de manière à ce que la stomie soit parfaitement appareillable et bien en vue du malade).

On pratique en premier lieu l'isolement et la section des déférents à l'orifice inguinal profond ; puis par voie transpéritonéale on repère et on libère les deux uretères à la croisée des vaisseaux après avoir pratiqué les décollements coliques droits et gauches nécessaires.

La libération des uretères sera poursuivie au dessus et au dessous des vaisseaux, en prenant soin de ne pas disséquer le méso-uretère, de manière à conserver la vascularisation.

Les deux uretères sont sectionnés le plus bas possible (quitte à pratiquer une recoupe ~~mons~~ de la confection de l'anastomose urétéro-iléale), l'uretère gauche est passé à travers le mésosigmoïde en évitant toute couture.

Les deux uretères seront catéthérisés par les sondes urétérales et leur vidange s'effectuera dans des sacs de manière à ajuster au mieux la réanimation per-opératoire.

On procèdera alors au curage ganglionnaire hypogastrique, iliaque externe, bilatéral qui sera poussé jusqu'à la bifurcation aortique : La limite supérieure du curage sera repérée par un clip pour une éventuelle radiothérapie post-opératoire.

On associera un curage obturateur qui emportera le pédicule mais qui doit respecter le nerf.

On procède alors à la cystoprostatectomie proprement dite qui repose sur l'utilisation des plans de clivage pour pédiculiser la vessie sur "ses verrous" comme l'a décrit COUVELAIRE (39).

Après dissection de l'espace de Reitzus, on pratique l'ouverture du péritoine vésico-rectal ou vésico-utérin permettant de creuser le "puit médian postérieur" en direction de la face postérieure de la prostate.

Cette libération postérieure doit être minutieuse, de manière à éviter les plaies du rectum.

Ces libérations antérieures et postérieures sont poussées latéralement permettant de pédiculiser la vessie sur ses "verrous" postéro-latéraux et son "verrou" prostatouréthral.

Les "verrous" postéro-latéraux seront isolés en passant un doigt dans le décollement postérieur qui rejoindra en profondeur le plan de la libération antérieure.

Ces "verrous" seront sectionnés sur pinces (en soulignant ici l'intérêt des pinces de "KOCHER" mieux orientables que les pinces longues type "BENGOLEA" car elles sont entièrement à l'intérieur du champ opératoire), jusqu'au bec de la prostate. Des ligatures appuyées au fil non résorbable remplaceront les pinces.

On termine l'exérèse par la section de l'urètre en avant de la prostate ; l'urètre est fermé par un point en "X".

On pratique alors le rétablissement de la continuité urinaire par urétérostomie cutanée transiléale.

On repère une zone d'iléon terminal de 20 à 25 cm, à environ 40 cm de la jonction iléo-coecale, bien vascularisée (de préférence deux pédicules en s'aidant au besoin de la transillumination).

Cette anse est isolée avec ses pédicules, on pratique le rétablissement de la continuité iléale par une anastomose en un plan extra-muqueux au fil non résorbable plus quelques points fermant la brèche mésentérique.

La tranche de section gauche du greffon iléal est fermée par un surjet total au Dexon plus une bourse d'enfouissement au fil non résorbable.

On procède alors à l'anastomose urétéro-iléale, qui doit s'effectuer sans traction et sans coudure des uretères, au Dexon 0000 par des points séparés totaux sur l'uretère, extra-muqueux sur le grêle.

On peut vérifier l'étanchéité des sutures en injectant du bleu de méthylène dans l'anse par l'extrémité droite du greffon ; on pratique alors une appendicectomie systématique.

On procède à la confection de l'orifice pariétal à travers lequel va passer le greffon iléal : Cet orifice est pratiqué dans la région latéro sous ombilicale droite en fonction du repérage pré-opératoire.

Cet orifice pariétal se fait à l'emporte pièce sur tous les plans pariétaux, après avoir exercé une traction vers la gauche sur la berge droite de la laparotomie afin d'éviter tout défaut d'alignement : Cet orifice pariétal doit admettre le passage de deux doigts.

Se pose alors le problème de la péritonisation sur lequel nous reviendrons :

- Au niveau du greffon, l'extrémité droite est fixée au promontoire, du côté gauche, on profite du décollement colique droit pour rabattre le caecum devant le greffon iléal.

- Au niveau du pelvis : l'absence totale de péritoine ne permet pas une excellente péritonisation, sauf lorsque le sigmoïde est long et que l'on peut s'en servir comme couvercle pelvien.

Le drainage est effectué soit par des lames ou mieux par des drains aspiratifs ; l'un au niveau de la zone pelvienne cruantée, l'autre au niveau du greffon à proximité des anastomoses urétéro-iléales.

L'extrémité droite de la trompe est extériorisée sans torsion à travers l'orifice pariétal, puis la laparotomie est fermée.

La réalisation de la trompe est assurée par le retournement de l'extrémité libre du greffon sur lui-même, sur une longueur d'environ 2 cm (LEPINARD (29) - BERGMAN (4)) après avoir recoupé, si nécessaire l'excédent d'iléon en conservant au mieux le mésentère.

Cette éversion est facilement réalisée par l'intermédiaire des quatre points cardinaux, prenant le tissu sous cutané puis la séro-muscleuse iléale à une distance de l'extrémité de l'anse double de la hauteur que l'on veut donner à la trompe ; puis un point extra-muqueux à l'extrémité du greffon qui deviendra la base de la trompe (cf schéma).

2/ Discussion sur la technique chirurgicale

* La formalisation de la vessie

La présence de deux greffes néoplasiques sur la stomie a incité à penser que les manipulations d'une vessie tumorale lors de son exérèse, provoquaient la dissémination de cellules cancéreuses dans le tractus urinaire.

Il semble que l'association de la formolisation de la vessie au flash radiothérapique de 400 rads puisse enrayer ce phénomène.

Cette formolisation est effectuée par l'injection par une sonde urinaire de 100 cc d'une solution de formol à 10 % laissée pendant 5 mn.

* Les sutures urétéro - iléales

Si les premières anastomoses de notre série ont été pratiquées selon la technique de MOONEN (38), actuellement , ces anastomoses sont pratiquées sans intubation, au Dexon 0000 à points séparés totaux sur l'uretère extra - muqueux sur le grêle . Cette technique est plus simple que la technique de MOONEN , et surtout moins traumatisante pour le greffon iléal puisqu'elle évite , et une entérostomie supplémentaire (pour l'anastomose droite) et un retournement en manchette de l'extrémité gauche de l'anse (pour l'anastomose gauche) .

Se pose le problème de laisser en place ou non des sondes urétérales : nous avons vu dans notre série , qu'aussi bien sur l'incidence de la fistule urinaire que sur la sténose de l'anastomose , le fait de laisser en place, en post-opératoire , les sondes urétérales , ne jouait aucun rôle et semblait même parfois être néfaste :

- Deux fistules urinaires qui se sont taries à l'ablation des sondes urétérales,

- Aucune urographie intra-veineuse post-opératoire perturbée chez les malades non porteurs de sondes urétérales.

Donc actuellement, il semble que la seule indication de laisser en place des sondes urétérales doit être la présence d'une infection urinaire majeure dans le haut appareil , ou l'existence d'une radiothérapie pré-opératoire à forte dose.

* L'uréthrectomie

Dans notre série , nous n'avons pratiqué aucune uréthrectomie associée à la cystectomie totale " BRICKER ", mais nous retrouvons deux malades porteurs d'une localisation uréthrale (soit un peu plus de 5%) qui se sont révélées par la suite par des hématuries et qui sont décédés de récurrence pelvienne.

Cette constatation peut faire discuter la légitimité de pratiquer l'uréthrectomie systématique :

- HENDRY et WALLACE (18) retrouve 49 tumeurs de l'urèthre sur 300 tumeurs de vessies, soit 16 %,
- ASHWORTH (1) sur 1300 cas retrouve 54 tumeurs uréthrales soit 4,1 %,

- WHITHORE (60) et WALLACE sont partisans de l'uréthrectomie systématique associée à la cystectomie.

Ces auteurs, s'ils sont partisans de l'uréthrectomie, la pratiquaient dans le cadre d'une cystectomie simple, sans curage et sans urétérostomie cutanée transiléale.

Il nous apparait que dans le cadre d'une cystectomie totale "BRICKER" avec curage, l'uréthrectomie prolonge notablement la durée de l'intervention et l'allourdisse encore.

Une solution rationnelle serait de pratiquer systématiquement une uréthrographie pré-opératoire : Si cette dernière est positive, l'uréthrectomie doit bien sur être associée ; si elle est négative, on ne pratiquera pas l'uréthrectomie, mais le malade sera suivi par des uréthrographies périodiques, rapprochées dans les suites précoces (tous les trois mois), plus espacées ensuite tous les six mois ou tous les ans. On s'aidera également de la cytologie par brossage uréthral avant l'intervention puis lors des consultations systématiques des malades.

* La péritonisation

Nous avons vu que les occlusions tant précoces que tardives sont des complications fréquentes après la cystectomie totale "BRICKER" : Soit par incarceration d'anses dans le pelvis, soit par incarceration derrière le greffon iléal.

Comme nous l'avons dit, la péritonisation du pelvis peut être assurée la plupart du temps par le sigmoïde, en s'en servant comme couvercle pelvien, fixé au pourtour de la brèche péritonéale.

La péritonisation du greffon peut être effectuée en rabattant le caecum en avant de lui, après décollement colique droit, soit si le caecum est court et haut placé la dernière anse grêle sera fixée au méso du greffon, OLIER (40).

* Le greffon iléal

Nous avons parlé de la longueur du greffon à utiliser (20 cm), d'autres auteurs (REDMAN (44)) utilise un greffon très court de 4 cm, ce qui exclue toute confection de trompe au niveau de l'anastomose.

Par ailleurs, ce greffon iléal prélevé à une quarantaine de centimètres de la jonction éléo-caecale, doit être indemne de toute altération (iléite).

La section du méso de l'anse "BRICKER" peut être plus courte (environ deux fois) du côté gauche en raison de la position définitive du greffon (Cf. schéma).

La lumière du greffon sera vidangée et nettoyée ; la fermeture de l'extrémité gauche sera pratiquée telle que nous l'avons décrite ; il apparaît que la fermeture par agrafes métalliques doit être exclue : ASSADNIA (2) signale deux cas de lithiase du greffon après suture automatique.

Nous avons signalé les impératifs régissant la traversée pariétale du greffon ; la fixation du greffon à la paroi est affaire d'école : certains, (TURNBULL) ne fixe pas l'anse à la paroi , d'autres préfèrent amarrer le greffon au plan aponévrotique, péritonéal , voire cutané (DICUS (13) - LEPINARD (29) MARKLAND (32)).

* La vidange gastrique

Elle est également affaire d'école mais il semble qu'en raison du retard de la reprise du transit dans la cystectomie totale " BRICKER " il faille préférer la gastrostomie, mieux supportée que la sonde naso-gastrique ; nous rappelons une hémorragie digestive post-opératoire par oesophagite et gastrite , dans laquelle la sonde naso-gastrique est pour une grande part.

* La stomie

Il semble que la supériorité de la stomie en trompe sur la stomie plate n'est plus à discuter :

- Absence de contact de la peau avec l'urine facilitant l'appareillage,
- Pas de reflux de la poche dans le greffon,
- Meilleure tolérance du haut appareil urinaire.

L'appareillage de la stomie en trompe peut être réalisé par une poche auto-adhésive plane, mais le risque de traumatisme permanent du sommet de la trompe par la poche fait préférer la mise en place d'un disque porte poche .

L'usage du Karaya et du Stomahésive n'est fait qu'en cas de lésion cutanée (GILL (17)).

Pour nous rendre compte de l'incidence de la stomie chez nos malades, nous avons envoyé à ces derniers un questionnaire du type représenté dans le tableau n°5

Il est à noter que tous les malades actuellement vivants ont eu la gentillesse de nous répondre et que pour certains malades décédés, c'est un proche parent qui nous a retourné le questionnaire rempli ; ce qui nous a permis dans le chapitre précédent de chiffrer les ennuis au niveau de la stomie.

Ce questionnaire nous a également permis de constater que le psychisme propre de chaque malade face à sa stomie est bien différent : En effet, pour des stomies identiques, appareillées de la même façon et sans aucun ennui, la réponse à la question :

"Quel a été le temps d'adaptation à la poche ?"

La réponse variait de quelques jours à deux ans !

Par ailleurs, nous avons constaté que le changement de poche se faisait en moyenne tous les trois ou quatre jours.

A la question :

"La poche urinaire a-t-elle modifiée votre vie ?"

Tous les malades sont unanimes pour répondre "oui" à l'un ou à plusieurs des critères cités (et souvent à tous) : Il semble qu'un effort important doit être fait dans ce sens là et que l'orientation des malades vers une association de stomisés doit s'intensifier.

Peut être une meilleure acceptation des malades se fera avec l'apport des dérivations urinaires continentes : Nous n'avons dans nos observations, aucune expérience de ces dérivations continentes, dont la légitimité est d'ailleurs contestée par beaucoup en raison du risque de retentissement sur le haut appareil.

Ces dérivations urinaires continentes doivent, en plus de la continence, être d'une capacité suffisante et empêcher le reflux urétéral.

Ces différents procédés de dérivation urinaire continente ont été très bien décrits par (PAPILLON (43)) ; aussi ne ferons nous que les citer :

- La vessie iléale continente selon le procédé de KOCK (24,25,26), cette technique a été employée deux fois chez l'homme par MADIGAN (31) avec semble-t-il une bonne continence.

- La vessie caecale continente (KUSS (27)- BENCHEKROUM (3)- BOKEY(5)).

- La vessie gastrique : (RUDICK (52)), toutes ces interventions peuvent paraître démesurées chez des malades porteurs d'un cancer de vessie et dont la survie est très aléatoire.

Tableau n° 5

Cher (e) Monsieur, (Madame),

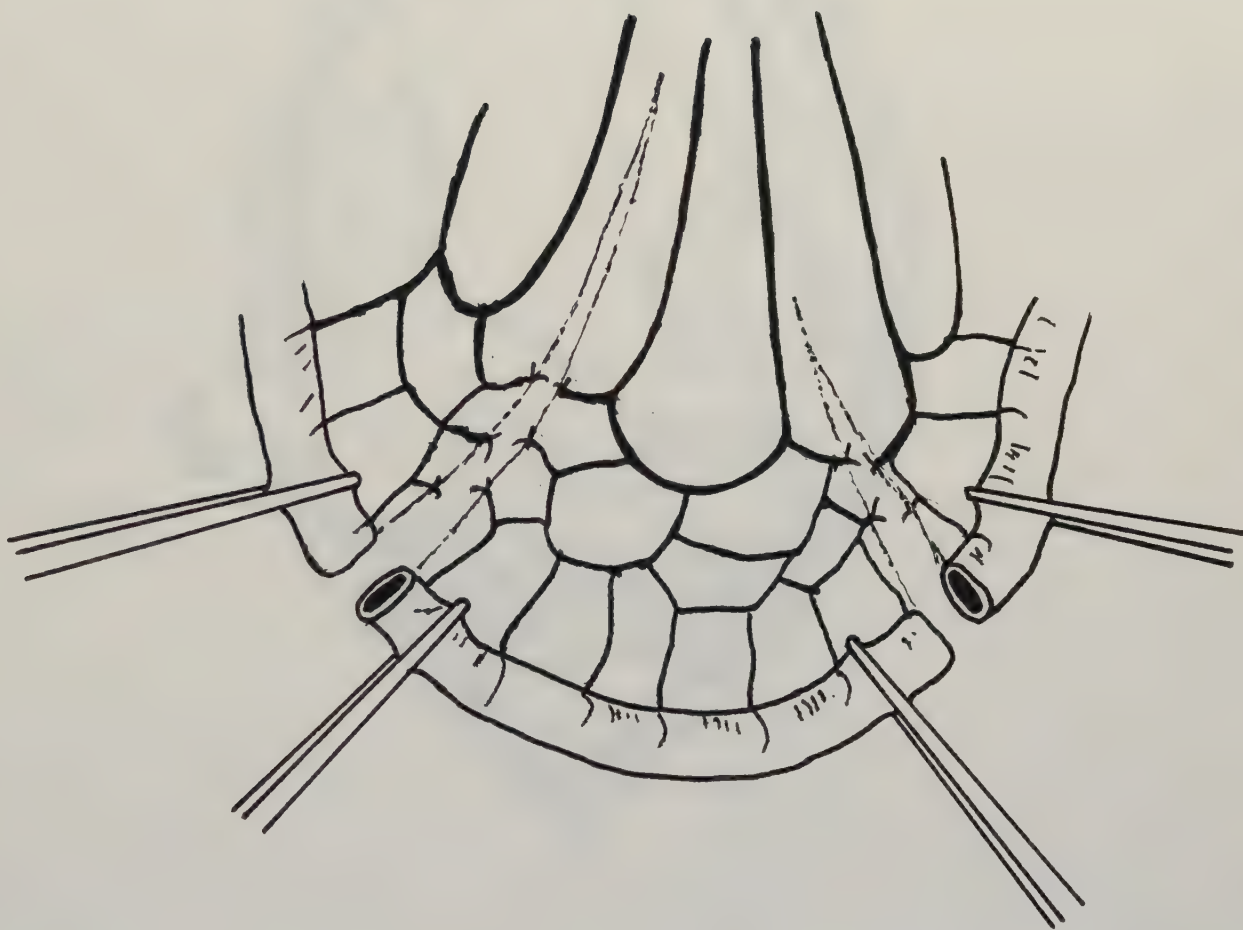
Vous avez été opéré par l'équipe du Pr DURAND le
A l'occasion d'une mise à jour de nos dossiers, nous nous sommes
aperçus qu'un certain nombre d'éléments nous manquaient. Ceux-ci
sont indispensables pour tenir nos dossiers et pour améliorer notre
expérience. Pourriez-vous répondre aux questions suivantes puis nous
renvoyer la feuille avec l'enveloppe ci-jointe :

- Etat général ☐ excellent
- ☐ moyen
- ☐ mauvais
- Comment supportez-vous la poche,
d'une manière générale ☐ bien
- ☐ moyen
- ☐ mal
- Quel a été le temps d'adaptation à la poche :
- Nombre de changement de poche par semaine :
- Existe t-il des lésions de la peau
autour de l'orifice cutané ☐
- ☐
- La poche urinaire a t-elle modifié votre vie
(sports, travail, vie de famille, voyage...)
- Quel type de poche :
- Existe t-il d'autres problèmes (fuite d'urine, odeur...)

Pour aider les futurs malades devant porter une poche urinaire,
nous avons créé un groupe d'aide avec des infirmières spécialisées
pour donner des conseils.

Nous sommes tous prêts à vous aider si besoin est, et à
vous revoir quand vous le désirerez.

Je vous prie de croire, Cher(e) Monsieur (Madame), à l'assurance
de mes sentiments respectueux et dévoués.

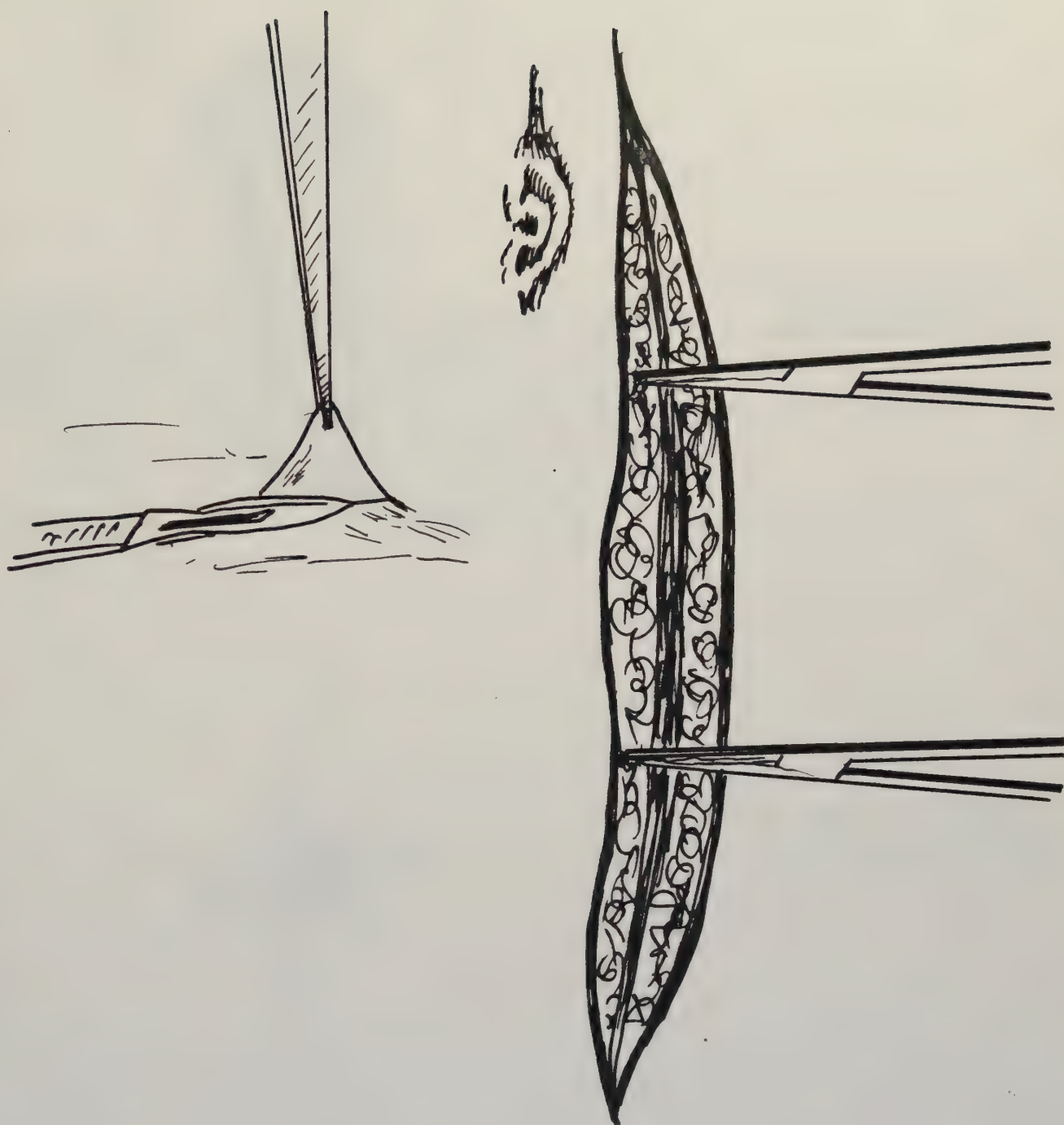


- Isolement du greffon sur deux pédicules vasculaires.
- La section gauche du mésentère est poussée moins haut que la section droite (dans le rapport de 1/2).

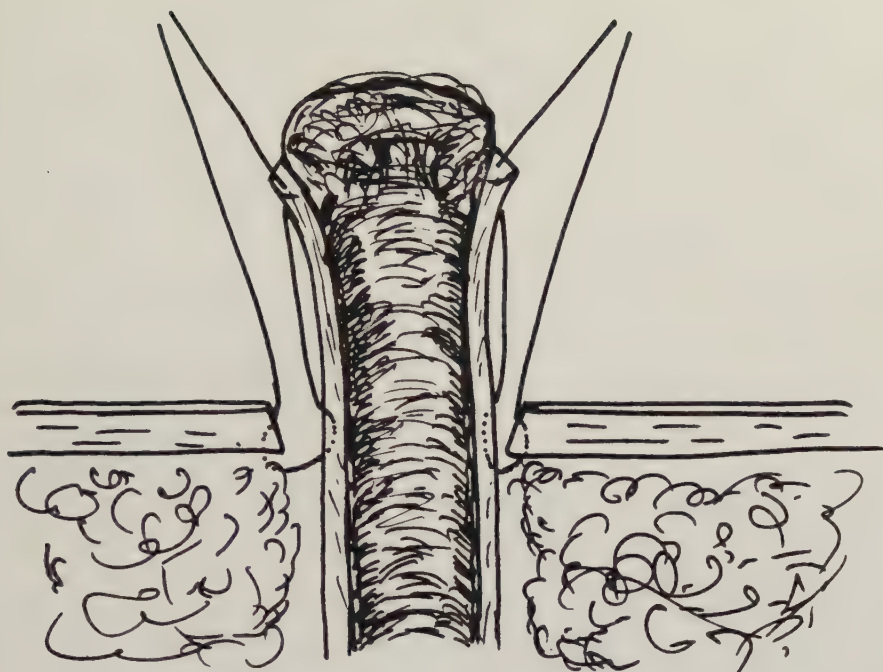


- Anastomoses urétéro-iléales terminées.

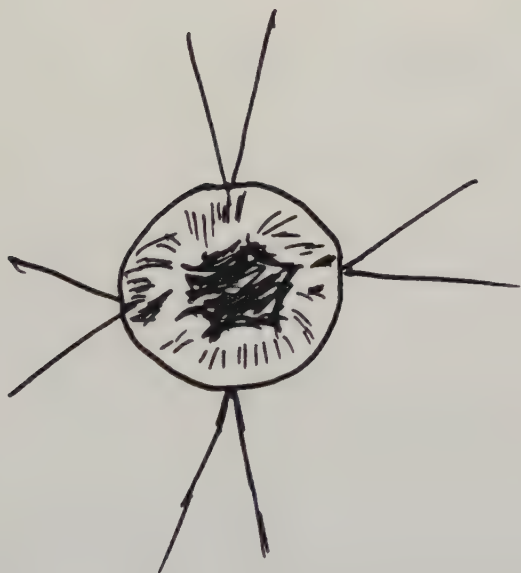
- Le caecum est rabattu en avant du greffon.



- La traction par une pince permet la coupe d'une pastille circulaire de peau.
- La confection du tunnel pariétal s'effectue avec une traction sur la berge droite de la laparotomie afin d'éviter tout défaut d'alignement.



- Manière de passer les 4 points cardinaux qui vont préparer l'éversion de la trompe.



- La trompe est éversée par simple traction sur ces 4 points cardinaux.



- Trompe achevée, on peut ajouter quelques points entre le tissu cellulaire sous-cutané et la séromusculaire iléale.

CONCLUSIONS

V - LES CONCLUSIONS

Il apparait donc que d'énormes progrès doivent être fait dans le domaine du traitement des cancers de vessie.

1/ Dans le raccourcissement des délais entre le premier symptôme présenté par le malade et son traitement curatif,

2/ Dans une meilleure stadification de ces malades, évitant des tergiversations novices pour le malade ; et instituant d'emblée "le traitement adapté",

3/ Dans l'amélioration des résultats des cancers découverts à un stade évolué,

4/ Dans l'amélioration du confort des stomies urinaires.

1/ Dans le raccourcissement des délais, l'idéal serait la découverte des cancers de vessie au stade 0 (in situ) en rappelant ici que dans huit cas sur dix (STEG (53)) ce cancer est symptomatique, se révélant par une pollakurie diurne et nocturne ; ce qui mettrait au premier plan la cytologie urinaire comme moyen de diagnostic du cancer de vessie ; et en faisant pratiquer donc systématiquement une cytologie urinaire chez tous les malades présentant une pollakurie et chez tous les sujets professionnellement exposés ; la discussion restant ouverte quant à la conduite thérapeutique à adopter : Entre les "radicalistes" comme MELICOW § 36 - 37) partisans de la cystectomie totale, et les "conservateurs" adoptant soit la résection simple (STEG (53)), soit la chimiothérapie locale par l'Etoglucide (RIDDLE et Coll. (48)).

2/ La stadification des malades étant à l'heure actuelle très aléatoire, on peut se demander comme OLIER (41) si la découverte biopsique d'un cancer au stade A ne serait pas justifiable d'emblée d'une cystectomie totale ou d'une radiothérapie à forte dose ou les deux.

En effet ; Le stade A n'est pas formel : "Une lésion qui est A en résection a presque neuf chances sur dix d'être en réalité un groupe C"(41).

Les chiffres de guérison du stade A par résection endoscopique simple ne sont pas convaincants, entre 58 % pour RICHIE (47) à 82,9 % pour CIFUENTES (9) alors que dans notre (trop) courte série, il semble que la cystectomie seule ou précédée d'une cobaltothérapie doit amener

ces chiffres aux environs de 100 %.

Quant aux malades classés B et C, quand l'état général le permet, à l'heure actuelle le début de séquence : Radiothérapie suivie d'une cystectomie totale, curage ; fait l'unanimité.

Nous revenons un peu aux vues de nos complications précoces mortelles sur la légitimité de la radiothérapie pré-opératoire à forte dose pour la remplacer par un flash de 400 rads, centré sur la zone vésicale la veille de l'intervention.

Le recul est encore insuffisant pour juger l'efficacité de cette méthode qui en tous cas ne nous a donné aucune complication post-opératoire grave.

Quant à la suite de la séquence, elle peut s'orienter vers deux voies, éventuellement associées :

Si la radiothérapie post-opératoire est inefficace sur les groupes D, il reste à démontrer son efficacité sur les groupes B et C.

La chimiothérapie décevante actuellement DUBERNARD (7) garde quelque espoir dans les associations polychimiothérapiques et dans l'apport de nouveaux produits, tel que le (cis-platinum).

3/ Dans les stades évolués (stade D) il semble qu'ici l'effort doive se tourner à l'heure actuelle plus vers le confort de la survie du malade que vers l'espérance d'une guérison :

La cystectomie totale garde sa place car c'est elle qui la plupart du temps va confirmer le stade D. Par ailleurs, la cystectomie totale semble légitime (lorsque l'état général le permet) même chez les malades classés D avant l'intervention : Il s'agit d'une cystectomie totale de propreté évitant une survie insupportable du fait des douleurs pelviennes et des hématuries (en soulignant ici l'intérêt de la formolisation de la vessie chez les malades inopérables : JOREST (23).

Mais la radiothérapie post-opératoire à titre systématique doit être abandonnée et réservée seulement à certains cas particuliers (douleurs des métastases osseuses). Ici encore, les espoirs doivent se tourner vers la polychimiothérapie et le Cis-platinum.

4/ L'amélioration du confort des stomies urinaires soit porter sur la confection d'une stomie parfaite, d'une meilleure éducation et de

l'insertion de ces malades dans les associations de stomisés.

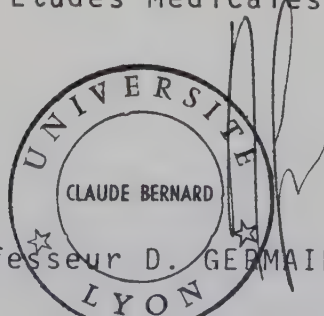
Peut-être, dans l'avenir une solution raisonnable serait de pratiquer dans un premier temps, une cystoprostatectomie totale avec curage, terminée par une urétérostomie cutanée bi-latérale, et un an plus tard, si le malade est en excellent état général et ne présente aucune récurrence locale et aucune métastase, lui proposer alors, la confection d'une néovessie continente.

Le Président de la Thèse,

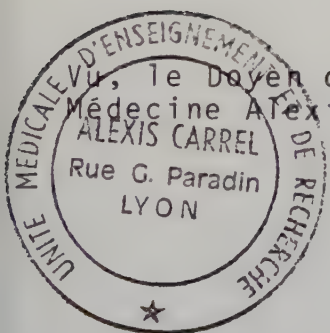


Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 15 OCT. 1979

Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,



Professeur D. GERMAIN



Professeur R. MORNEX

B I B L I O G R A P H I E

1 - ASHWORTH A.

British journal of urology 1956 28,3

2 - ASSADNIA A. - LEE C.N - PETRE J.M. - LYONS R.C.

Two case of stone formation in ileal conduits after using
staple gun for closure of proximal end of isolated loops.
J. Urol. 1972 108,553

3 - BENCHEKROUM A.

Vessie iléo-colique continente
Nouvelle presse médicale 1977 6,29,2599-2600

4 - BERGMAN B. - NILSON A.E. - PETTERSSON S. - SUNDINT T.

Back-flow from urinary collecting devices into the ileal
conduit.
Brit. Ur. 1977 49,503-507

5 - BOKEY E.

Cleveland clinic fondation, Cleveland, Ohio, USA
Communication personnelle le 24-1-1978

6 - BRICKER E.M.

Bladder substitution after pelvic evisceration
Surg. Cl. N. Am 1950 30, 1511-1521

7 - BRODERS A. C.

Epithalioma of the genito-urinary organs
Annales of Surgery, 1922 75,574

8 - CAMEY H.

A propos de 32 cystectomies totales pour cancer de vessie.
J. Uro. Néphrol. 1967 n° 12, 917-918

9 - CIFUENTES DELATTE, 1979

Statistique de 1000 tumeurs vésicales
J. Urol. Néphrol. 77 (1), 16

10 - CORDONNIER J.J. 1974

Simple cystectomy in the management of bladder carcinoma.
Arch. Surg. 108, 190-191

11 - COUVELAIRE R.

La place de la cystectomie totale dans le traitement des
cancers de la vessie.

J. Uro. Néphrol. 1967 N° 12 909/16

12 - COUVELAIRE R. - CUKIER J. 1974

Nouveau traité de technique chirurgicale.

Urologie, 15, Masson ed. PARIS

13 - DICUS D. R.

New perspectives in the construction of the ileal stomy

J. Urol. 1974 112, 591-592

14 - DUBERNARD P.

Mise au point , les tumeurs de vessie et leur traitement.

Cah. Med. 1979 5,3, 193-202

15 - DUCASSOU J. - RICHARD C. - BENADY F. - NORDLINGER B.

Urétérostomie cutanée transiléale ou implantation urétéro-
colique des uretères. Quel est le meilleur choix après
cystectomie totale ?

J. Uro. Néphrol. 1967 12, 916-917

16 - EHRLICH R. M.

An improved method of creating an ileal conduit.

The importance of a better vascular supply

J. Urol. 1973 109, 993-995

17 - GILL N.N. - KERR J.

Instruction for the care of the urinary stoma.

Cleveland clinic foundation 9500 Euclid Avenue Cleveland,
Ohio 44 106 USA.

18 - HENDRY and WALLACE

Surgical treatment of urethral tumors associated with bladder
cancer Proc. Roy.

Soc. Méd. 1974 67, 304-307

- 19 - HENSLE T. W. - BREDIN H. C. - DRETLE S. P.

Diagnosis and treatment of a urinary leak after ureteroileal conduit of diversion.

J. Urol. 1976 116, 29-31

- 20 - JETER K. F.

The flush versus the profunding urinary stroma.

J. Urol. 1976 116, 424-427

- 21 - JEWETT H. S.

Cancer of the bladder.

Cancer 1973 32, 1072

- 22 - JOHNSON D. C. - LAMY S. M. 1977

Complication of simple stade radical cystectomy and ileal conduit discussion. Review of 214 cases.

J. Urol. 117-171

- 23 - JOREST R. - MONNEINS F. - BOCCON-GIBOD L. - STEG A.

Le traitement des hématuries des cancers vésicaux évolués par la formalisation vésicale.

Ann. Urol. 1978 12 (2) 101-105

- 24 - KOCK N. G.

Continent ileostomy

Progr. Surg. 1973 12, 180-201

- 25 - KOCK N. G. et Coll.

Ileostomy

Curr. Prob. Surg. 1977 14,8

- 26 - KOCK N. G.

Communication personnelle.

Sahlgren's Hospital - Avril 1978

- 27 - KUSS R. - BRISSET S.M. - CHATELAIN C. - JARDIN A.

La vessie coecale de substitution. Sa place au sein des méthodes de dérivation des urines.

J. Urol. Néphrol. 1971 77, 789-806

28 - LANGE J. - LANGE D. - PHILIPPOT J. L. - VALENTINI F.

Cystectomies totales. Résultat de 200 observations
J. Urol. Néphrol. 1973 79, n° 1 - 2 71-135

29 - LEPINARD V. -OLIER C.

Technique de l'opération de Bricker
Ann. Urol. 1974 8, 45-52

30 - LYONS A.

An ileostomy club
S.A.M.A. 1952 150, 812-813

31 - MADIGAN M. R.

The continent ileostomy and the isolated ileal bladder.
Ann. Roy. Col. Surg. Eng. 1976 58, 62 - 69.

32 - MARKLAND C. - FLOCKS R. H.

Ileal conduit stoma
J. Urol. 1966 95, 344 - 349.

33 - MALEK R. S. - BURKE E. C. - DE WEERD J. M.

Ileal conduit urinary diversion in children.
J. Urol. 1971 105, 892-900

34 - MARTINEZ PINEIRO S.A. - MUNTANILA P. - SONZALES MARTIN M. HIDALGO
1977

Fluorescence urinary cytology in bladder cancer
Europ. Urol. 3 (3), 142-144

35 - M. C. EVAN A. B., - CLARK P.

The stoma of the ileal conduit
Brit. J. Urol. 1973 45,6, 600-605

36 - MELICOW M. M. 1976

Carcinoma in situ : an historical perspective.
Urol. Clinic. N. Amer 3, (1), 5

37 - MELICOW M.M. - HOLLOWELL J. W. 1952

Intra-urothelial cancer : Carcinoma in situ, bowen's disease
of the urinary system : Discussion of thirty cases.
J. Urol. 68, 763

38 - MOONEN W. A. - RUYS SCA - VALCKE P. G.

L'uretero-cutaneostomie transiléale
J. Urol. Néphrol. 1964 70, 33-34

39 - NAVRATIL H.

L'urétérostomie cutanée transintestinale.
A propos de 57 observations.
Thèse MONTPELLIER 1968

40 - OLIER C. - BOCCON-GIBUD L. - NONNEINS F. - NORDLINGER B.

Urétérostomie cutanée transiléale ou implantations urétéro-
colique des uretères. Quel est le meilleur choix après cystec-
tomie totale ?
Ann. Urol. 1978 12 (2) 91-98

41 - OLIER C. STEG A. - ROQUEBLAVE J. - CHAMPAULT G. 1978

Cystectomie totale pour tumeur infiltrante de vessie, étude
rétrospective de dix ans (à propos de 135 cas).
Ann. Urol. (2) 83-88

42 - O. M. S.

Classification internationale des tumeurs de vessie.
Congrès 1974

43 - PAPILLON M.

Entérostomie, colostomie, iléostomie, urétérostomie cutanée
transiléale.
Thèse LYON 1978

44 - REDMAN J. F.

The short ileal conduit : rationale and description of a
technique.
J. Urol. 1977 117, 156-158

- 45 - RETIK A. B. - PERLMUTTER A. D. - GROSS R. E.

Cutaneous ureteroileostomy in children
New. Eng. J. Méd. 1967 277, 217-222

- 46 - RICHES E.

Surgery and radiotherapie in urology : The bladder.
The journal of urology, 90, Octobre 1963, 338-350

- 47 - RICHIE J. P. - SKINNER D. G. - KAUFMAN J. J. 1975

Radical cystectomy for carcinoma of bladder 16 years of
experience.
J. Urol. 113-186

- 48 - RIDDLE P. R. - CHISHOLM C. D. - TROTT P. A. - PUGH C. P. 1976

Flat carcinoma in situ of bladder
Brit. J. Urol. 47, 829

- 49 - RITCHIE J. P.

Intestinal loop urinary diversion in children
J. Urol. 1974 111, 687-689

- 50 - ROQUEBLAVE J. 1977

Cystectomie totale pour tumeur infiltrante de vessie, étude
rétrospective de 10 ans (à propos de 135 cas).
Thèse PARIS

- 51 - ROWBOTHAM J. L.

Stomal care.
New Eng. J. Méd. 1968 279, 90-92

- 52 - RUDICK J. - SCHONHOLZ S. - WEBER H. N.

The gastric bladder : a continent reservoir for urinary diversion
Surgery 1977, 82, 1-8

- 53 - STEG A. 1978

Le cancer in situ de vessie. A propos de 10 cas.
Ann.urol. 12 (2), 73-82

- 54 - TURNBULL R. B. - WEAKLEY F. L. - FARMER R. G.

Atlas of intestinal stomas
Mosby Cie 1967, St LOUIS, USA

- 55 - TURNER A. G. - HENDRY W. F. - MAC DONALD J. S. - WALLACE D. M. 1976

The value of lymphography in the management of bladder cancer.
Brit. J. Urol. 48 (7) 578-586

- 56 - U. I. C. C.

Commission de recherche de l'union internationale contre le
cancer.
Tumeurs malignes de la vessie.
TNM statistiques 1963-1967

- 57 - VAN DER WERF - MESSING B. 1973

Carcinoma of the bladder treated by preoperative irradiation
followed by cystectomy.
Cancer, 32, 1084-1088

- 58 - WHITMORE W. F.

The tretment of bladder tumors.
Surgical clinics of North America 1969, 49, 2, 349-370

- 59 - WHITMORE W. F. - GRABSTALD H; et Coll. 1968

Preoperative irradiation with cystectomy in the management of
bladder cancer.
Amer. J. Roentgenol, 102, 570-576

- 60 - WHITMORE W. F. - MARSHALL V. F. 1962

Radical total cystectomy of cancer of the bladder. 230 consccutives
cases five years later.
J. Urol. 87, 853-868

- 61 - WHITMORE W. F. Jr. - BATATA M. A. - GHONEIM M. A. - GRABSTALD H. -
UNAL A. 1977

Radical cystectomy with of without prior irradiation in the
treatment of bladder cancer.
J. Urol. 118 (1), part. 2, 184-187

